Nr. 44 i 45. 6. listopada 1927. Rok VI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Ludwik SKUBISZEWSKI. Poznań.

Główne drogi rozwoju myśli lekarskiej i wpływ anatomji patologicznej na medycynę wewnętrzną *).

Z Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Poznańskiego.

Zdobycze nowoczesnej medycyny przeszły nam do krwi i kości, splotły się w jedną i nierozerwalną całość w duszy naszej. W ostatnich latach poznaliśmy niejedno z tego, co dawniej tylko genjalne umysły przewidywać mogły, a to dzięki metodom badania i ogólnemu postępowi nauk przyrodniczych. Współczesne badania sprowadziły wszelkie objawy życia w ustrojach żywych wogóle, a w ustroju ludzkim w szczególności, do współdziałania i harmonijnego przebiegu procesów fizjologicznych najdrobniejszych tkanek. Z chwilą, gdy choć jedna najdrobniejsza cząstka ustroju zachoruje, znamię choroby udziela się człowiekowi zaburzeniem czynności prawie wszystkich narządów. Ustrój ludzki ma wyryte piętno choroby. Zadaniem lekarza, stojącego na straży harmonji, jest usunąć rozdźwięk i przywrócić „dawniejszy rytm, koloryt, melodję i harmonję" (Święcicki). Mając to na względzie, niechaj mi wolno będzie przed Szanownem Zgromadzeniem rozwinąć temat: „Jaką drogą biegnie myśl lekarska, która w końcowym celu ma za zadanie przywrócenie harmonji w czynności narządów człowieka".

Praca lekarska wymaga przedewszystkiem wysnuwania ogólnych wniosków, spostrzegania objawów ważnych i doniosłych, a nakazuje wprost unikanie gubienia się w szczegółach i drobiazgach bez znaczenia. Doświadczenie tylko wtedy nabiera wartości, jeżeli jesteśmy w stanie wysnuć wnioski ogólne i zawsze udowodnione. To też genjusz Virchowa, odrzuciwszy poglądy i twierdzenia oderwane, wywarł największy wpływ na dobę, obejmującą okres jego życia. Virchow stworzył anatomiczny kierunek i rozwinął go w całej pełni. Zarodki tego kierunku kiełkowały już w pracy Morgagniego *„De sedibus et causis morborum"*.

Anatomja patologiczna wytknęła nowe drogi dla rozwoju myśli lekarskiej i badania celowego. Ogromny materjał patologiczno-anatomiczny, zebrany przez Virchowa i ułożony w systematyczną całość, nad którą górowało pojęcie o komórce z jednej strony, wykrycie dzięki temu nowych i nieznanych dotąd jednostek chorobowych z drugiej strony, wywarł wpływ na rozwój nauki lekarskiej i wycisnął piętno na kierunku myśli lekarskiej.

Ustalenie faktu łączności pomiędzy obrazem zmian klinicznych i odpowiedniemi zmianami anatomiczno-patologicznemi działało przekonywująco na umysł lekarza-badacza o wielkiem znaczeniu kierunku anatomicznego, który był wytyczną w badaniach klinicznych. Dalej ustalenie możności określenia, jaka część narządu, miąższowa, czy śródmiąższowa, uległa zmianom i odgraniczenie spraw, przebiegających w tak ściśle połączonych między sobą tkankach, jak naprzykład kłębuszki nerkowe i cewki moczowe, skierowało odrazu umysł lekarza klinicysty do wyszukiwania tych stałych cech, które dadzą mu możność za życia jeszcze określić siedlisko tych zmian. Wysiłek ten został uwieńczony wynikiem dodatnim.

Odkrycie Roentgena rzuciło nowy snop światła na kierunek anatomiczny i dało możność już za życia ustalić obraz zmian anatomo-patologicznych, niekiedy bardzo subtelnych, jak np. v. Jaksch za pomocą rentgenoskopji uzyskiwał wskazówki rozpoczynającego się rozejścia włóknikowego zapalenia płuc już wtenczas, kiedy jeszcze ani ciepłota, ani opukiwanie z osłuchiwaniem nie wykazywały zbliżanie się przełomu.

Nie ulega przeto wątpliwości, że, dzięki właśnie badaniom anatomo-patologicznym, nauki lekarskie, a przedewszystkiem nauka o chorobach wewnętrznych, zrobiła olbrzymi krok naprzód, dając w niektórych gałęziach wprost zadziwiające wyniki. Virchow wywiódł umysł lekarza z ciemności na dzienne światło, opromieniające nas i nasze badania do chwili ostatniej. Jakkolwiek dla wyjaśnienia zmian w ustroju ludzkim korzystamy z badań doświadczalnych, a głównie ze spostrzeżeń klinicznych, to właśnie, dzięki, autorytetowi Virchowa, wytworzył się pogląd (Orth), że „anatomja patologiczna winna zostać niewzruszoną podstawą kierunku myśli lekarskiej i lekarskiego wykształcenia", a prof. Nowak, z okazji ćwierćwiekowej pracy prof. Browicza, mówi: „Nie potrzebuję tu tłumaczyć, czem jest anatomja patologiczna dla nauk lekarskich, bo wiemy to wszyscy, że jest ich najgłówniejszą podstawą, niejako fundamentem, na którym osiadają inne gałęzie tej wiedzy i od mocy tego fundamentu zależy trwałość całej budowy". Jeszcze dzisiaj prawie wszyscy jesteśmy pod wpływem tego poglądu, który był i jest przewodnią nicią w rozwoju myśli lekarskiej, dążącej wciąż do zgłębienia i poznania zmian chorobowych, ujęcia ich w karby i skierowania zmienionej czynności na tory harmonijnego współdziałania w odmiennych już warunkach. Virchow stworzył nową epokę w medycynie, ufundował podstawę do jej rozwoju, którego jesteśmy świadkami.

Oceniając dostatecznie całokształt kierunku anatomicznego, zadajemy sobie jednak mimowoli pytanie, czy był on w stanie ustalić przyczynę choroby? Naprzykład: chory zmarł wskutek krwotoku płucnego. Rozkrój płuca wykazuje jamę gruźliczą, w której widać obnażone naczynie krwionośne z przeżartą ścianą przez gruzełki. Stąd możnaby sądzić, że przyczyną krwotoku jest gruzełek. Tłumaczenie takie nie mogło zaspokoić umysła badacza. Już Baillie i Laennec przypuszczali istnienie jakiegoś czynnika chorobotwórczego, który w następstwie wywołuje gruzełki. Czynnikiem tym jest laseccznik Kocha. Już sam fakt utożsamiania zmian serowatych z gruzełkami jest niczem innem, jak sprowadzanie tych zmian do jednego podłoża. Skutek działania jednej i tej samej przyczyny. Zmiany morfologiczne w płucach w gruźlicy są skutkiem a nie przyczyną. Chluba ustalenia tej przyczyny przypadła bakterjologji. W tym zakresie bakterjologja stanowi dalszy stopień do poznania sprawy chorobowej. Stąd też staje się jasnem, że w poszukiwaniach ostatecznej przyczyny zmian chorobowych dochodzimy do progu, u którego kończy się zakres wpływu anatomicznego, ustępującego miejsca innym kierunkom, tembardziej, iż jedna i ta sama przyczyna może wywołać nadzwyczaj różnorodne zmiany, nietylko w różnych narządach ustroju ludzkiego, a nawet w jednym i tym samym narządzie, naprzykład od gruzełka wielkości podprosówkowej aż do powstania owrzodzeń i jam. Mało tego, jedna i ta sama zmiana chorobowa może być spowodowana przez różne czynniki. Oto przykład: pęknięcie naczynia w mózgu może być następstwem kiły lub miażdżycy, dwóch zgoła różnych przyczyn. W pierwszym przypadku przyczyna zmian tkwi w zakażeniu ustroju krętkiem bladym, w drugim zaś proces rozwija się w następstwie zaburzeń w przemianie materji. Zmiany anatomo-patologiczne zazwyczaj zawierają już w sobie wszystkie cechy obrony ostatecznej i najpóźniejszej ze znacznem zniszczeniem części narządu lub całych narządów. Końcowy i ostateczny charakter zmian jest wszak poprzedzany od samego początku przez proces t. j. okres patologicznej czynności, czasami z bardzo nieznacznemi zmianami w narządzie, który może powrócić do stanu zupełnego zdrowia, nie pozostawiając ani śladu po przebytej chorobie. Wobec tego nie bylibyśmy w stanie pojąć ani rozmiarów walki, ani jej cech, gdy stanęlibyśmy na stanowisku, zajętem przez niektórych anatomów patologicznych, że „anatomja patologiczna jest wyjątkową i niewzruszoną podstawą wiedzy lekarskiej".

Mając na myśli poznawanie prawdy w zmiennym ustroju ludzkim, jako główne zadanie lekarza, kierunek anatomiczny nie może być uważany za jedyną i niewzruszoną podstawę, a jedną z niewzruszonych podstaw. Trzeba bowiem przyznać, iż rozwiązanie ważnych zagadnień tylko na podstawie badania zmian morfologicznych w tkankach i narządach nie mogłoby być ani całkowite, ani dostateczne, ani wyczerpujące. „Tylko przez wprowadzenie do djagnostyki nowego czynnika", pisze prof. Witold Orłowski: „patologicznej fizjologji rozpoczyna się nowa epoka, która pogłębia nasze pojęcia o istocie spraw chorobowych". Już Virchow świadom był tego, że kierunek anatomiczny nie może wystarczyć dla rozbioru procesów patologicznych i że nasz zakres zdolności do poznawania choroby powiększy się, jeżeli wejdziemy na tory patologicznej fizjologji, dzięki której poznaliśmy nowe jednostki chorobowe, w których nawet „poszukiwania na zwłokach nie wykrywają zmian anatomicznych, a tylko badanie czynności fizjologicznych za życia rzuca światło na stan ustroju

*) Wykład, wygłoszony 28 września 1927 r. na VII Zjeździe Towarzystwa Internistów Polskich w Poznaniu.

i przyczynę zejścia śmiertelnego". „Sama natura", pisze prof. Browicz, „delikatniejszą ręką, aniżeli zwykle używane przez nas metody, odsłania szczegóły niedostrzegalne, a jednak w rzeczywistości istniejące. To też, obok zwykle używanych sposobów badania tkanek i komórek, należy zwrócić się do badań stosownie do dobranego materjału patologicznego, przez co wyjaśni się niejedna zagadka w budowie i czynności tkanek i komórek, opierająca się dotąd niedoskonałym, — że tak powiemy — grubym i wielu warunkami ograniczonym środkom i sposobom naszego badania".

W doświadczeniach fizycznych i chemicznych wynik doświadczenia czyli skutek działającej przyczyny jest widoczny. W podrażnieniach fizjologicznych skutek nie daje się bezpośrednio spostrzegać, albowiem odczyn fizjologiczny najczęściej występuje po pewnym okresie czasu od chwili zadziałania czynnika drażniącego i wynik przez to nie może być poddany bezpośredniej obserwacji. W chorobach zakaźnych odpowiada to okresowi wylęgania. Ukryty odczyn ma miejsce przy zadziałaniu promieni Roentgena. Odczyn, naprzykład, ze strony skóry występuje dopiero po kilku dniach, lub nawet po kilku miesiącach. Często jest rzeczą trudną lub nawet niemożliwą ustalić lub przewidzieć przyczynową zależność w złożonych procesach biologicznych i to tem bardziej, że trudno jest uchwycić w tych procesach logiczną konieczność. Faktem jest, że w płonicy może mieć miejsce zapalenie nerek, ale też może i nie być. Czy zmiany w nerkach zależne są od siły działającego jadu, czy braku dostatecznej odporności ze strony tkanek nerki, czy od sumy tych dwóch czynników, pozostaje to dla nas w zakresie tylko przypuszczeń. Ustrój ludzki wciąż znajduje się pod wpływem najróżnorodniejszych bodźców, które każdorazowo mogą nie wywoływać dostrzegalnych dla naszej obserwacji zmian, ale, gdy one działają długo i bez przerwy na pewną grupę komórek, mogą powstać zmiany w komórkach i odchylenia w czynności, co jest ostatecznie sumą pojedyńczych reakcji, najmniejszych w napięciu i bez znaczenia pojedyńczo (Buttersack). Z tego możnaby może dojść do wniosku, czy uda się kiedykolwiek ściśle oznaczyć początek choroby. Dla nauki lekarskiej jest rzeczą wielkiej wagi, by na drodze doświadczenia można było ustalić te warunki i okoliczności, pod wpływem których rozrośnie się ta lub inna jednostka chorobowa. Wiadomo jest, że krętek blady u różnych osób może spowodować różne zmiany, i to w różnych narządach: raz stwierdza się zmiany w układzie nerwowym ośrodkowym lub obwodowym, innym razem w wątrobie, to znowu przeważnie w naczyniach krwionośnych wielkich pni lub w naczyniach włoskowatych. Jeszcze większa różnorodność zmian anatomo-patologicznych spostrzega się w kile wrodzonej nietylko co do umiejscowienia, ale i stopnia nasilenia. Gdybyśmy tę przyczynę zmian i stopień nasilenia się sprawy w poszczególnych narządach zechcieli uzależnić tylko od krętka bladego, to najstosowniejsze zagadnienie, dlaczego w jednym przypadku jest dotknięty układ nerwowy, w innym znowu naczynia krwionośne i to właśnie główny pień, w innym tylko wątroba, kości lub płuca, nie zyskałoby nic na wyświetleniu. Każda zmiana w ustroju ludzkim zależna jest nietylko od samego czynnika chorobotwórczego, ale też od dyspozycji do zachorzenia. Doświadczenie codziennie uczy nas, że owa dyspozycja waha się w najszerszych granicach, zależnie od rodzaju choroby i cech osobniczych ustroju ludzkiego, który zapada na tę chorobę. Zmienność indywidualnej dyspozycji do zachorzenia polega na indywidualnych i czasowych różnicach stanu ustroju, który to stan znowu składa się z dwóch zasadniczo różnych części: z sumy znamion i właściwości przeniesionych już przez plazmę zarodkową, więc danych już w chwili zapłodnienia, po drugie z licznych wpływów z czasów pozamacicznych, z nawykień i dostosowań się ustroju ludzkiego (Bauer).

Część pierwszą, ten cały zespół podkładów dziedzicznych, który decyduje o przynależności powstającego osobnika do jego gatunku, rodzaju, rasy i rodziny, który mu nadaje płeć, a przy tej tak niezmiernej różnorodności i praktycznie absolutnej oryginalności mieszaniny znamion dziedzicznych tworzy podstawę do indywidualności osobistej, nazywamy konstytucją. Część drugą, t. j. zmiany i odchylenia od zapoczątkowanego przebiegu rozwoju i zapoczątkowanego morfologicznego i funkcjonalnego stanu ustroju, powstałego pod wpływem zadziałania otoczenia i pod wpływem dostosowania czynnościowego, nazywamy kondycją. (Tandler). Obie razem warunkują, jak już wspomniałem, ten zmienny i stale zmieniający indywidualny stan ustroju ludzkiego, który tworzy podstawę dyspozycji do najróżnorodniejszych zachorzeń, różnie występujących nawet pod wpływem jednego i tego samego czynnika.

Pomiędzy bodźcem z jednej strony, a cechami osobniczemi dla każdego narządu z drugiej strony, w procesie powstawania choroby da się ustalić zależność w stosunku odwrotnym: im bardziej narząd jest osłabiony, tem krótszy jest okres czasu i mniejszy bodziec dla wywołania zmian chorobowych. To też konstytucja i kondycja odgrywają bardzo ważną rolę. Martius jest twórcą podstaw do patologji dziedzicznej, która ma za zadanie ustalenie ścisłych wytycznych, określających swoiste cechy poszczególnych tkanek i narządów ustroju ludzkiego na podstawie ich czynności. Uwzględnianie konstytucji i kondycji umożliwi poznanie rozwoju procesów patologicznych i poznanie tych cech, które są zazwyczaj przejściem od znużenia narządu do zaburzenia jego czynności. Należy dążyć do zbadania i poznania konstytucyjnej niewydolności narządu już w tym okresie, kiedy niewydolność ta nie zdołała jeszcze doprowadzić do stanu schorzenia. Diagnostyka konstytucyjna, chociaż nie dosięgła całkowitego rozwoju, to jednak przyczyniła się do pogłębienia i zrozumienia wielu zagadnień patologji ustroju ludzkiego.

Chory narząd nie jest samodzielny i odosobniony w przebiegu procesów w ustroju ludzkim, chociażby tylko dlatego, że jest zespolony, często w niepodzielną całość za pomocą krwiobiegu i układu nerwowego. To też podrażnienia, powstałe pod wpływem choroby, mogą wywołać najróżnorodniejsze odczyny. Czasami przebiegają bezwiednie, czasami w świadomości osobnika powstaje uczucie bólu, jako wyraz odczynu z zakresu psychiki.

Jeżeli zmieniony narząd ma wpływ na sferę psychiki, to także stany psychiczne wywierają wpływ na czynność narządów, chociaż nie wszystkich. Pod wpływem radości jedni tracą apetyt, inni znowu odzyskują w nadmiarze. Suma podniet, działających na narządy, może być nadmiernie wysoka wskutek obniżenia zdolności hamujących w układzie nerwowym. Tem się właśnie tłumaczy, że afekty u chorych wywołują łatwiej i szybciej zaburzenia czynnościowe serca, żołądka, jelit, nerek, wątroby niż u zdrowych i to tembardziej, gdy będące w mowie narządy są już dotknięte zmianami anatomicznemi. Jeszcze niedawno uważano wprost za niewłaściwe, a w dobie obecnej nie zupełnie się decenia, brać pod uwagę sferę psychiczną w zagadnieniach naukowo-przyrodniczych, wychodząc z tego założenia, że dusza jest to fantastyczny płomyk, nikle oświetlający procesy organiczne. Tymczasem procesy psychiczne są przejawami grupy biologicznej, z którą znajdują się w ścisłym związku.

Przytoczone kierunki: anatomiczny, fizjologiczny, konstytucyjny i psychologiczny tworzą całość, która pozwala lekarzowi rozpiąć namiot wiedzy i władzy nad utrudzonym chorobą ustrojem ludzkim.

Jak z doboru barw powstał wiecznie czarujący i zawsze inny uśmiech Gioccondy, tak też z doboru metod badania wyłoni się istota zmian chorobowych ustroju ludzkiego, któremu należy przywrócić dawną harmonję czyli zdrowie.

Prymarjusz Dr. Witold LIPIŃSKI. Lwów.

Przyczynek do patogenezy ostrej białaczki szpikowej.

Z Oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie. Prymarjusz: Dr. Witold Lipiński.

Ostra białaczka szpikowa, której patogeneza jest dotychczas niejasną, uważana ogólnie za schorzenie systemowe układu krwiotwórczego w całości, podzieliła badaczy pod względem przyczynowym na dwa obozy. Podczas, gdy jedni zaliczają ją do nowotworów złośliwych, drudzy przytaczają szereg dowodów, przemawiających za jej pochodzeniem zakaźnem. Już Ebstein i Fränkel wskazywali na możliwość zakaźnego czynnika przyczynowego w powstawaniu białaczki. Wysoka ciepłota, obrzęk śledziony, wynaczynienia podskórne, ogólny obraz schorzenia ciężkiego, zachodzący w ostrej białaczce szpikowej, przypominają istotnie żywo posocznicę. Spostrzeżenie Obrastzowa, którego felczer pada ofiarą ostrej białaczki w krótki czas po śmierci chorego białaczkowego, leczonego przez tegoż felczera, przemawiałoby również za etiologją zakaźną.

Kliniczne podobieństwo ostrej białaczki i posocznicy uprawniało do przypuszczenia, że badania bakterjologiczne krwi białaczkowych rzuca pewne światło na etiologję tego ciężkiego schorzenia. Nadzieje te, jak dotychczas, zawiodły. Wprawdzie Millard i Girode, Herz i Barrenscheen uzyskali z krwi chorych białaczkowych hodowlę gronkowca złocistego, a Ziegler i Jochmann, Lüdke i Boëchat gronkowca białego, podczas gdy Holst, Erb jun., Eppenstein, Sternberg, Bezy i Gans wyhodowali łańcuszkowce, a w roku zeszłym Burjan pneumokoka *(pneumococcus lanceolatus)*, jednak drobnoustrojom tym trudno przypisać rolę inną, jak zakażenia wtór-

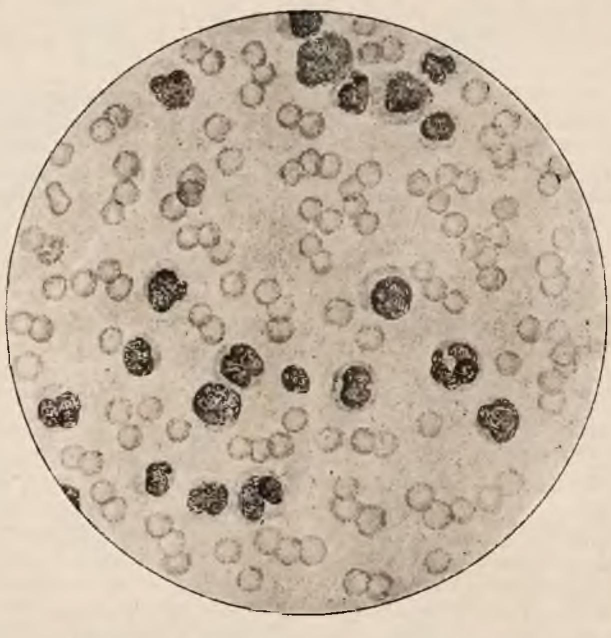
nego, zwłaszcza, jeśli się zważy, że w białaczce ostrej zachodzą niejednokrotnie daleko posunięte zmiany w jamie ustnej, które z łatwością mogą być bramą wejścia dla szeregu drobnoustrojów nieswoistych. Zakażenie wtórne może jedynie wpłynąć niekorzystnie na już istniejący stan chorobowy. Wspomniane drobnoustroje, wyhodowane z krwi chorych białaczkowych, nie mogą uchodzić za czynniki swoiste jeszcze z tego powodu, ponieważ łańcuszkowce i gronkowce spotykamy bardzo często w najrozmaitszych zakażeniach, podczas, gdy białaczka szpikowa ostra, wywołana rzekomo przez te same drobnoustroje, jest schorzeniem zachodzącem stosunkowo bardzo rzadko.

Obrazy krwi wskazują na ścisły związek pomiędzy zakażeniem a białaczką. Czynnik zakaźny pobudza narząd krwiotwórczy do zwiększonej pracy, czego wyrazem jest zwiększona ilość ciałek białych. Między ciałkami białemi, zachodzącemi normalnie, spostrzega się w chorobach zakaźnych w krwi obwodowej niejednokrotnie postacie niedojrzałe, jak myelocyty, myeloblasty w takiej ilości, że obraz krwi budzi podejrzenie białaczki. To spostrzeżenie uprawniło Sternberga do wypowiedzenia zdania, że odgraniczenie ostrej białaczki szpikowej od schorzeń posocznicowych na podstawie obrazów krwi jest całkiem dowolne, a ostra białaczka szpikowa nie jest odrębną jednostką chorobową, lecz zakażeniem ogólnem, ze szczególnem zaatakowaniem narządu krwiotwórczego. Działanie prowokacyjne zakażenia dla niektórych przypadków ostrej białaczki szpikowej jest niejednokrotnie wyraźne. Niewątpliwie jednak także niezakaźne czynniki odgrywają tutaj wybitną rolę. Emil Weil i A. Lacassagne przytaczają na dowód tego wystąpienie ostrej białaczki szpikowej, wywołanej przez promieniowanie substancji radioaktywnych z grupy toru *(thorium)*, a Merklen, Wolf i Noël w następstwie głębokiej radioterapji z powodu włókniaka-mięśniaka macicy. Od naświetlania do wystąpienia pierwszych objawów chorobowych minęły w ostatnim przypadku trzy lata. Doświadczenia Wiczkowskiego, który uzyskał u kury przez podanie podskórne wysięku opłucnowego chorego białaczkowego obrazy krwi typowo białaczkowe, nie rozstrzygają zagadnienia zakaźności, tem bardziej, że podobne obrazy krwi uzyskiwali u małp i psów Lüdke, a Pappenheim u kur przez podawanie hodowli łańcuszkowców i gronkowców, jeżeli uprzednio podawano wspomnianym zwierzętom pyrodinę, toluylindaminę lub pyrogallol. W patologji zwierzęcej znane są od dawna schorzenia białaczkowe, zupełnie podobne do spostrzeganych u ludzi. Ellermann i Bang podawali dożylnie miazgę z organów wewnętrznych kur białaczkowych kurom zdrowym i uzyskiwali w ten sposób w trzech pokoleniach schorzenia białaczkowe. Wobec tego nasuwa się słusznie podejrzenie, że pierwszorzędnym momentem w patogenezie ostrej białaczki szpikowej, nawet wobec przyjęcia szeregu czynników etiologicznie różnych, jest usposobienie chorego, którego, narząd krwiotwórczy, wskutek nadmiernej wrażliwości lub z powodu zbyt małej odporności, odpowiada na bodźce obrazem krwi białaczkowym.

W ostatnich miesiącach mieliśmy sposobność spostrzegania na oddziale zakaźnym przypadku ostrej białaczki szpikowej. Chory, Leib B., lat 37, żonaty, z zawodu służący, przysłany na oddział zakaźny w dniu 14 maja z podejrzeniem raka wodnego (*noma*), podaje, co następuje:

Rodzice zdrowi. Chory w dzieciństwie żadnych chorób zakaźnych nie przechodził. W roku 1916 przebył dur brzuszny, w 1917 czerwonkę. Później był zupełnie zdrów aż do września 1926 roku. W tym czasie wystąpił u chorego znaczny obrzęk dziąsła szczęki górnej i dolnej po stronie prawej. Obrzęk utrzymywał się do grudnia, poczem ustąpił samoistnie. W marcu 1927 roku wystąpił ponownie obrzęk dziąsła szczęki górnej po stronie prawej, w miejscu, gdzie zęby trzonowe dotknięte były znaczną próchnicą. Po zastosowaniu płukania obrzęk znacznie się zmniejszył. Przed dwoma tygodniami wystąpił ponownie, tym razem połączony z bardzo silnym bólem zęba. Chory udał się wówczas do felczera, który usunął ząb przedtrzonowy szczęki górnej po stronie prawej. W trzy dni po usunięciu korzeni zauważył chory po stronie wewnętrznej policzka białą plamkę, niebolesną, odpowiadającą miejscu, skąd usunięto ząb chory. Równocześnie wystąpiła po stronie zewnętrznej policzka na tej samej wysokości plamka żółtawa, która szybko powiększała się i czerniała. Chorego skierowano wówczas do Lwowa. W ostatnich dwóch tygodniach chory czuł się bardzo osłabiony, miewał często dreszcze, ciepłota dochodziła do 39° C, miał silny ból gardła, żywił się tylko płynami, wskutek niemożności przełykania pokarmów stałych. Mocz oddawał prawidłowo, stolec był przeważnie zaparty. Nie pije, pali miernie, chorób wenerycznych nie przechodził.

Status praesens: chory wzrostu średniego, prawidłowej budowy kośćca, odżywienia podupadłego. Skóra, błony śluzowe, blade. Na tułowiu, kończynach górnych i dolnych widoczne są wybroczynki wielkości od główki szpilki do ziarnka soczewicy, miejscami, zwłaszcza po stronie wewnętrznej kończyny górnej prawej, poszczególne wylewy krwawe, wielkości dwugroszówki Różnice w barwie wybroczyn, świadczą o różnym czasie powstawania. Czaszka jest bez zmian. Nerwy mózgowe również bez zmian. Źrenice są miernie szerokie, okrągłe, równe, oddziaływują prawidłowo na światło i akomodację. Na policzku prawym stwierdza się twardy, deskowaty obrzęk. Mniejwięcej dwa centymetry od wewnętrznego kąta ust po stronie prawej na zewnątrz, widoczne jest sinawo czarne ognisko martwicze, wielkości dwuzłotówki, odgraniczone ostro od bladej skóry otoczenia. Wewnętrzna strona policzka prawego, jest wyraźnie nacieczona, pokryta jest grubą warstwą masy martwiczej. Naciek obejmuje łuki podniebienne i migdałek prawy, pokryty również masami martwiczemi. Dziąsła szczęki górnej i dolnej po stronie prawej są rozpulchnione, naciekłe i pokryte nalotami. Gardziel jest zaczerwieniona. Wybitny *foetor ex ore*. Gruczoły podszczękowe obustronnie powiększone, wielkości jaja kurzego, twarde, niebolesne. Gruczoły szyjne są powiększone. Klatka piersiowa długa, płaska. Wypukiem stwierdza się przytłumienie po stronie lewej, sięgające do grzebienia łopatki, przysłuchem w szczycie lewym poszczególne, drobne i średniobańkowe rzężenia dźwięczne, po stronie prawej poszczególne rzężenia. Dolna granica płuc jest ruchoma, prawidłowa. Serce w granicach prawidłowych. Tony głuche, tętno słabo napięte, lekko niemiarowe, 114 uderzeń na minutę, przy ciepłocie ciała 38.9° C. Powłoki brzuszne są napięte, wypuk na brzuchu jest bębenkowy. Śledziona powiększona, 3 palce poniżej łuku żebrowego, miękka. Wątroba 2 palce poniżej łuku, o brzegu zaokrąglonym. Nasady kości długich są bolesne na opuk. W moczu nie stwierdza się składników patologicznych. Odczyn dwuazowy Ehrlicha jest dodatni.



Obraz krwi. Ok. rys. Leitz II. Obj. Zeiss, kompens. 2 mm n. A. 1.3. Homog. Immers. Tub. 160 mm.

Badanie cytologiczne krwi, wykonane 13. V., dało wyniki następujące: ciałek czerw.: 2.820.000, ciałek białych 126.000. W preparacie zróżnicowanym, barwionym metodą Pappenheima znaleziono: % Myeloblast. 6, Promyelocyt. 7, Myelocytów. 48, Neutrochłonnych: 20, w tem Młodych 9.5, Pałeczkowatych 0.5, Segmentowanych .10, Limfocytów małych 14, Limfocytów dużych 4.5, Monocytów 0, Eozynochłonnych 0, Bazofilnych 0. Anisocytoza. Poikilocytoza. Polychromasia. Index 1.

Badanie bakterjologiczne krwi: Na bulionie cukrowym z dodatkiem płynu puchlinowego wysiano 20 cm³ krwi, pobranej jałowo z żyły łokciowej. Po 24 godzinach w cieplarce, otrzymano czystą hodowlę gronkowca złocistego. Badanie serologiczne (odczyn Widala z prątkiem Eberta, duru rzekomego B, odczyn Weil-Felixa) dało wyniki ujemne. Badanie bakterjologiczne nalotów na dziąsłach i migdałku prawym w kierunku błonicy dało w hodowli wynik ujemny. W preparacie mikroskopowym z tkanki martwiczej na skórze, w okolicy kącika ust po stronie prawej, z owrzodzeń na dziąsłach i na prawym migdałku znaleziono znaczną ilość prątków wrzecionowatych i krętków. Mieliśmy zatem przed sobą przypadek ostrej białaczki szpikowej, powikłanej rakiem wodnym *(noma)*.

Następnego dnia stan chorego uległ wyraźnemu pogorszeniu. Ciepłota 38.6° C., tętno słabo napięte, niemiarowe, mimo podawania środków nasercowych. Ognisko martwicze powiększyło się do wielkości dłoni dziecka. Neosalvarsan, podany dnia poprzedniego w dawce 0.6 g dożylnie, okazał się zupełnie bezskutecznym. Częste przepłukiwanie jamy ustnej roztworem wody utlenionej nie wpłynęło zupełnie na zapach z jamy ustnej, który stawał się coraz silniejszy.

Badanie krwi wykonane 15. V., przy ciepłocie ciała 38.7° C, dało wyniki: ciałek czerwonych 2.600.000, ciałek białych 244.000. W preparacie zróżnicowanym stwierdzono: Myeloblastów 7, Promyelocytów 12, Myelocytów 52, Neutrochłonnych 18, w tem: Młodych 10, Pałeczkowatych 4, Segmentowanych 4, Limfocytów 11.

Badanie dna oka, wykonane w dniu 14. V., przez Prymarjusza Dra Musiała, dało wynik: ośrodki łamiące czyste, dno oka przy prześwietleniu szaro-żółte, tarcze dość blade o granicach zamazanych. Naczynia stosunkowo wąskie, na siatkówce liczne wybroczyny, zwłaszcza koło tarczy nerwu wzrokowego oka lewego.

W dniu następnym (16. V.) wystąpiło znaczne pogorszenie, które doprowadziło do zejścia śmiertelnego. Badanie krwi, wykonane w agonji, wykazało: ciałek czerwonych 2.450.000, ciałek białych 331.000. W preparacie zróżnicowanym krwi obraz podobny do obrazu wczorajszego.

Sekcja zwłok, wykonana dnia następnego w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. K. (Profesor Dr. Nowicki) stwierdziła, co następuje: *Leucaemia myelogenes. Tumor leucaemicus lienis et glandularum omnium. Medulla ossium rubra. Tbc. indurativa apicis utriusque. Adhaesiones pleurae ambilaterales. Petechiae pleurae, pulmonum, pericardii et cutis. Degeneratio adiposa et anaemia hepatis, renum et musculi cordis. Gastroenteritis et colitis chronica polyposa. Noma faciei. Gangraena pharyngis et linguae lateris dextri.*

Badanie histopatologiczne szpiku kostnego i narządów wewnętrznych, wykonane również w Zakładzie Anatomopatologicznym U. J. K. dało wynik następujący: szpik kostny obfity, żółtawo-różowy, składa się przeważnie z myeloblastów, nieco myelocytów i komórek przejściowych. Pozatem stwierdza się komórki olbrzymie szpiku kostnego, nieliczne leukocyty i limfocyty. Naczynie krwionośne silnie ukrwione. Śledziona o rysunku zatartym, składa się przeważnie, podobnie jak szpik kostny, z komórek myeloblastycznych. Limfocytów mało, gdzieniegdzie nieco zaznaczone grudki chłonne. W nerce i wątrobie bardzo obfite nacieki ogniskowe i rozlane, w których stwierdza się przeważnie jednojądrzaste komórki myeloblastyczne, tylko nieliczne myelocyty i postacie przejściowe. Same komórki nerkowe i wątrobowe okazują obraz zwyrodnienia tłuszczowego. W gruczołach obraz podobny, jak w śledzionie.

Przypadek ostrej białaczki szpikowej, spostrzegany przez nas na Oddziale zakaźnym, zasługuje na wyróżnienie z kilku powodów. Proces chorobowy doprowadza do zejścia śmiertelnego w ciągu kilku tygodni: przebieg jest zatem niezwykle gwałtowny. U chorego naszego występuje obrzęk dziąsła szczęki górnej z uporczywym bólem zęba. O podobnych obrzękach dziąsła, jednakowoż o nasileniu mniejszem, wspomina chory dwukrotnie (wrzesień, grudzień 1926, marzec 1927). Zmiany na dziąsłach ustępują do czasu bez leczenia, względnie po zastosowaniu płukań. Chory czuje się zupełnie dobrze, nie gorączkuje, pracuje w swoim zawodzie. Dopiero silny obrzęk dziąsła, a jeszcze bardziej ból zęba na trzy tygodnie przed śmiercią, skłania chorego do usunięcia zeba przez felczera. Sprawa chorobowa jednak nie ustępuje, lecz gwałtownie się pogarsza. Po stronie wewnętrznej policzka, w miejscu odpowiadającem usuniętemu zębowi, występuje biała plamka, która, drążąc w głąb tkanek, doprowadza do powstania zmian martwiczych na policzku *(noma)*. Równocześnie podnosi się ciepłota wśród gwałtownych dreszczy i uczucia ogólnego osłabienia.

Szybkie pogorszenie stanu chorobowego w krótki czas po wyjęciu zęba wskazuje niewątpliwie, że rana po usunięciu korzenia zęba stanowiła bramę wejścia dla zakażenia ogólnego. Badanie postaciowe krwi rozstrzygnęło o rozpoznaniu. Czy zakażenie rany po wyjęciu zęba stało się czynnikiem wyzwalającym dla powstania ostrej białaczki szpikowej, trudno zaprzeczyć, zwłaszcza, że w piśmiennictwie światowem znane są przypadki ostrej białaczki szpikowej w następstwie przebytych chorób zakaźnych. Przypadki takie opisują: Litten po influenzy, Bingel i Betke po błonicy, Sternberg po płonicy i wiatrówce, Boëchat, Huber po zakażeniu rany palca, a Wiczkowski i Herz w następstwie zranienia stopy. Właściwe rozpoznanie naszego przypadku, przysłanego na Oddział zakaźny z rozpoznaniem *noma*, ustalono z łatwością na podstawie postaciowego badania krwi. Jest to jeden z dalszych dowodów, jak wielkie znaczenie posiadają badania hematologiczne; powinno się je zatem wykonywać stale, co najmniej w każdym przypadku niejasnym.

Piśmiennictwo:

Zebrane dokładnie w Herza: Die akute Leukaemie. — Kraus: Brugsch. Pathologie u. Therapie VIII, z nowszych: Burian: W. Klin. Woch. 1926 str. 47. — Bolaffi: Patholog. Nr. 413. — Brinkmann: Folia haem. T. XXXI, Z. 1, 1924. — Decastello: W. Arch. f. In. Med. T. XI, Z. II. — Merklen, Wolf i Noël, Weil, Lacassagne: Bulletin de l'Acad. de Medecin. 1925. — Roller: Med. Klin. Nr. 47. — Philipp: P. G. L. Nr. 24. 1926. — Sochański: P. G. L. Nr. 8, 1921.

Dr. Jan TRZEBIŃSKI, asystent kliniki. Warszawa.

Przyczynek do znaczenia zakażenia dróg żółciowych wielkoüśćcem jelitowym dla badania pęcherzyka żółciowego zapomocą roentgenografji.

Z I Kliniki Wewnętrznej Uniw. Warsz.
Dyrektor: Prof. Dr. Witold Orłowski.

W ostatnich latach zwrócono uwagę na znaczenie chorobotwórcze zakażenia wielkouśćcem jelitowym *(lamblia intestinalis, giardia intestinalis, megastoma entericum)* jelit i dróg żółciowych również i w strefach o klimacie umiarkowanym. To też pokaźna liczba prac, poświęconych temu pierwotniakowi, ukazała się w rodzimej i obcej literaturze fachowej. U nas pisali o wielkouśćcu ostatnio Adamowicz (1) z kliniki prof. W. Orłowskiego i Eisenfarb (2) z oddziału Doc. W. Janowskiego, z obcych autorów Morenas (2), Castex z Galanem (4, 5 i 6), wreszcie Chiray z Lebouem (7), że już nie będę wspominał o szeregu naszych i obcych autorów, którzy pisali o tym pasorzycie jeszcze przed ukazaniem się w druku pracy Adamowicza, odsyłając czytelnika do długiego spisu piśmiennictwa, podanego w tej pracy.

Do spostrzeżeń autorów poprzednich zamierzam dodać własny przypadek zakażenia wielkouśćcem jelitowym i dróg żółciowych, ponieważ spostrzeganie kliniczne tego przypadku dało mi możność, jak się zdaje, dorzucenia czegoś nowego do wiadomości ogólnie znanych o tym pierwotniaku. W stanie narządów wewnętrznych w historji choroby podaję dla zaoszczędzenia miejsca tylko odchylenia od normy.

Chory Z. G. (L. Dz. klin. 202 z r. szk. 1926/27), konduktor tramwajowy, lat 27, nieżonaty, zgłosił się do Kliniki dn. 28. II. 1927 r. z powodu bólów w dołku podsercowym, promieniujących w kierunku obu podżebrzy, łopatek i krzyża, występujących w 3—4 godziny po jedzeniu, czasem w nocy o charakterze bólów głodowych oraz stałego zaparcia stolca. Choroba obecna rozpoczęła się przed 3 laty bólami w dołku, występującemi w 3—4 godziny po jedzeniu, mijającemi samoistnie po kilkunastu minutach. Bóle występowały w ciągu kilku dni zrzędu, a potem znikały zupełnie na przeciąg kilku miesięcy. Od roku, prócz wyżej opisanych, zjawiają się bóle głodowe oraz nocne; bóle stają się coraz silniejsze, promieniują w kierunku podżebrza prawego i występują coraz częściej, tak że okresy dobrego samopoczucia skracają się do kilku tygodni. Pięć tygodni temu doznał gwałtownego bólu w dołku podsercowym, promieniującego w kierunku obu podżebrzy, łopatek, krzyża i trwającego niemal cały dzień bez zmiany. Następnego dnia naczczo wystąpiły dwukrotnie wymioty treścią wodnistą z domieszką żółci, powodując wyraźną ulgę. Od trzech tygodni bóle o zwykłym charakterze i umiejscowieniu występują niemal codziennie. Powstrzymanie się od spożywania mięsa oraz tłuszczów ciężkostrawnych łagodzi bóle. Od pewnego czasu chory zauważył, że podczas głębszego oddychania doznaje bólu w prawem podżebrzu. Ze strony innych narządów wewnętrznych dolegliwości nie doznaje. Warunki mieszkaniowe oraz żywienia się — dobre. Ze względu na warunki pracy odżywia się nieregularnie. Trzy lata temu wystąpiła nagle żółtaczka, zdaniem chorego, w związku z silnem wzruszeniem psychicznem, przebiegająca z odbarwieniem stolca. Żółtaczka ustąpiła po 6-ciu tygodniach. Pięć lat temu zakażenie kiłowe. Po wystąpieniu pierwszych objawów kiły, chory zaczął intensywnie leczyć się i przeszedł 6 kuracji rtęciowosalwarsanowych. Od kilku lat odczyn Wassermanna, często powtarzany, stale ujemny. Będąc w wojsku, w ciągu lat trzech pił dużo alkoholu. Przedmiotowo: Wzrost 167,5 cm, waga 57,4 kg. Budowa ciała wątła. Przebieg ciepłoty podczas pobytu w klinice naogół bezgorączkowy, z wyjątkiem sporadycznych wzniesień podgorączkowych. Nad obojczykiem prawym porównawczo odgłos opukowy nieco krótszy, szmer oddechowy w tem miejscu pęcherzykowy z wydłużonym wydechem. Zapo-

mocą obmacywania stwierdza się wyraźną ograniczoną bolesność na linji środkowej ciała na połowie odległości wyrostka mieczykowatego od pępka. W miarę przesuwania przez badającego ręki obmacującej wprawo bolesność uciskowa wyraźnie maleje, aby zjawić się z poprzednią wyrazistością w okolicy pęcherzyka żółciowego, przyczem głęboki wdech wybitnie wzmaga bolesność tej okolicy. Oklepywanie prawego łuku żebrowego w okolicy pęcherzyka — wyraźnie bolesne. Układ nerwowy pobudliwy. Pozatem badanie fizykalne zmian nie wykazuje. W moczu stosunki też prawidłowe. Żołądek naczczo treści nie zawiera. W godzinę po śniadaniu próbnem Ewald-Boasa otrzymano treść pokarmową, podbarwioną żółcią, źle dzielącą się na warstwy, zawierającą sporo śluzu, ściśle zmieszanego z pokarmem; w otrzymanej treści przeważa część płynna; wolny kwas solny — 37, ogólna kwaśność — 54, próba na krew utajoną — ujemna, mikroskopowo — liczne ziarna skrobji. Ogólnej ilości treści żołądkowej nie udało się obliczyć, gdyż chory po wprowadzeniu do żołądka wody dostał wymiotów. Badanie roentgenowskie żołądka wykazało położenie prawidłowe, ruchomość słabą, przesuwalność swobodną, perystaltykę żywą, głęboką; zarysy opuszki dwunastnicy rozwiane, opuszka silnie wrażliwa na ucisk. Po dwóch godzinach w żołądku minimalne resztki pokarmu kontrastującego, po 5 godzinach żołądek opróżniony. Badanie roentgenowskie płuc wykazało niedostateczne wyjaśnienie się podczas kaszlu prawego szczytu. Kilkakrotnie usiłowano wprowadzić zgłębnik do dwunastnicy, co jednak stale nie udawało się. W celu dokonania cholecystografji wieczorem dn. 9. III. dano dożylnie 4.0 „tetrakontrastu“ Spiessa. W 30 minut po wstrzyknięciu stwierdzono zupełny brak barwika we krwi zapomocą próby Kunfi (8), a następnego dnia dokonano serji zdjęć. Orzeczenie roentgenologa (Doc. Grudziński): „W okolicy prawego podżebrza w pobliżu cienia wyrostka poprzecznego 4-go kręgu lędźwiowego rysuje się słabo wyrażony cień, wyglądający na pęcherzyk żółciowy; cień ma kształt owalny, jest jakby przewężony pośrodku, natężenie połowy bocznej cienia jest silniejsze, przyśrodkowej — słabsze. Prawie identyczny obraz otrzymujemy na trzech zdjęciach, dokonanych w 12, 14 i 16 godzin po podaniu „tetrakontrastu“ Spiessa, przyczem na wszystkich 3 zdjęciach natężenie cienia jest słabe“.

Dane, uzyskane z wywiadów, badania fizykalnego oraz badania roentgenograficznego pęcherzyka żółciowego, które to ostatnie wprawdzie kamieni nie wykazało, lecz pozwoliło stwierdzić niedostateczne wypełnienie się jego, nakazywały podejrzewać istnienie stanu zapalnego pęcherzyka żółciowego i jego otoczenia. Dlatego też postanowiono jeszcze raz zgłębnikować dwunastnicę, aby zapomocą wywołania odruchu Meltzer-Lyona przekonać się o drożności pęcherzyka. Tu nadmienić należy, że od początku pobytu chorego w klinice w ciągu dni 9 stosowano dietę lekkostrawną, bezmięsną, po której bóle po jedzeniu nie ustały zupełnie, a w ciągu następnych dni 17 dietę przeciwwrzodową Fabera, wspomaganą w ciągu pierwszych dni pięciu przez podawanie dużych dawek bizmutu. Otóż w szóstym dniu stosowania diety Fabera, kiedy przystąpiono ponownie do zgłębnikowania dwunastnicy, można było stwierdzić wyraźną poprawę w stanie chorego: bóle w dołku podsercowym, występujące samoistnie po jedzeniu, jak również i bolesność uciskowa tamże ustąpiły zupełnie, pozostała bolesność oddechowa oraz uciskowa w okolicy pęcherzyka, wzmagająca się podczas wdechu. Tym razem zgłębnikowanie dwunastnicy dało wynik pożądany: otrzymano żółć A, B i C, przyczem z szybkiego i obfitego wylewania się ze zgłębnika żółci B można było przypuszczać, że pęcherzyk żółciowy zdolny jest do energicznego skurczu. We wszystkich 3 porcjach otrzymanej żółci stwierdzono pod mikroskopem liczne, żywo poruszające się osobniki wielkouśća, szczególniej liczne w żółci B tak, że pola widzenia były poprostu zasiane niemi.

Sprzeczność, zachodząca pomiędzy niedostatecznem wypełnieniem się pęcherzyka barwikiem kontrastującym, a jego zdolnością do energicznego skurczu, nasunęła mi myśl, że nie zrosty w sąsiedztwie pęcherzyka były przyczyną niedostatecznego jego wypełnienia się, lecz raczej wielkouśćce, nagromadzone w pęcherzyku i przewodach żółciowych w wielkiej ilości. To przypuszczenie zachęciło mnie do ponownego dokonania cholecystografji, co też uskuteczniono w 16 dni później ze ścisłem przestrzeganiem tych samych warunków wykonania zabiegu, co i poprzednio, z tą tylko różnicą, że w dniu wstrzykiwania barwika rano założono zgłębnik Eichorna i przez wywołanie odruchu Meltzer-Lyona opróżniono pęcherzyk. I tym razem we wszystkich porcjach żółci znaleziono wielkouśća, wprawdzie w ilości znacznie mniejszej w porównaniu do badania poprzedniego, przytem najliczniej w żółci B. Następna cholecystografja wykazała (Doc. Grudziński): „na dwóch zdjęciach, dokonanych w 12 i 16 godzin po podaniu „tetrakontrastu“ Spiessa i w tych samych zupełnie warunkach, co i badanie poprzednie, otrzymujemy bardzo silnie wyrażony i odcinający się cień, jak się zdaje, pęcherzyka żółciowego. Cień ten leży również, jak i poprzednio, w pobliżu wyrostka poprzecznego 4-go kręgu lędźwiowego i podobnie jest przewężony. Tym razem słabiej wyrażona połowa cienia znajduje się wyżej, silniej wyrażona — nieco niżej i jakby pokrywa górną połowę. W obu tych serjach zdjęć pęcherzyka żółciowego zasługują na uwagę następujące szczegóły: 1) na zdjęciach drugiej serji cień pęcherzyka jest wyrażony silnie, pierwszej zaś serji — słabo; 2) Zarówno w pierwszej jak i drugiej serji rysuje się stale dwudzielność pęcherzyka, przyczem jedna jego komora posiada słabsze, a druga — silniejsze natężenie; ułożenie cienia i jego komór jest w pierwszej serji inne, niż w drugiej“.

O ile wyżej wymienione leczenie dietetyczne i farmaceutyczne wpłynęło pomyślnie na bóle, występujące po jedzeniu w dołku podsercowym, o tyle znów każde opróżnienie pęcherzyka żółciowego wpływało wybitnie łagodząco na bóle w okolicy tegoż tak, że po drugiem zgłębnikowaniu dwunastnicy bolesność oddechowa w prawem podżebrzu ustąpiła zupełnie, a i bolesność uciskowa tamże ledwie była zaznaczona.

Po miesięcznym niespełna pobycie w klinice chory wypisał się w stanie zupełnie dobrego samopoczucia z nieznacznym przyrostem wagi.

W przypadku tym, opierając się na niektórych danych z wywiadów, na danych badania fizykalnego, jak również na roentgenologicznie stwierdzonych zrostach okołopęcherzykowych, możnaby było rozpoznać zapalenie pęcherzyka żółciowego. Prawda, wywiady naogół wyraźnie przemawiają w naszym przypadku za wrzodem przyodźwiernikowym, jednak wiemy, że stany zapalne pęcherzyka żółciowego oraz kamica żółciowa nieraz są w swym obrazie klinicznym łudząco podobne do wrzodu przyodźwiernikowego zwłaszcza, gdy w ich następstwie wytworzą się zrosty wokoło dwunastnicy, prowadzące nawet do jej zwężenia. Jednak początek cierpienia w młodym wieku, wybitna jego okresowość, brak niskiego poziomu kwaśności treści żołądkowej, który zazwyczaj się spostrzega w przewlekłych cierpieniach pęcherzyka żółciowego, brak zaburzeń w opróżnianiu się żołądka i w przechodzeniu pokarmu kontrastującego przez odźwiernik i dwunastnicę, zjawianie się bólów, promieniujących w kierunku prawego podżebrza, dopiero po 2 latach trwania choroby, wreszcie niezaprzeczalnie pomyślny wpływ dietetycznego i farmaceutycznego leczenia przeciwwrzodowego przemawiają raczej za rozpoznaniem wrzodu dwunastnicy z następowemi zrostami w okolicy pęcherzykowo-dwunastniczej. Wobec wykazania wielkouśćców jelitowych w treści dwunastniczej zjawia się jednak myśl, czy nie brały one udziału w wytworzeniu opisanego obrazu klinicznego.

Coprawda, Boeck (9) odmawia znaczenia temu pasorzytowi dla powstawania chorób pęcherzyka żółciowego, opierając się na spostrzeżeniu, że zakażenia wielkouśćcem u dzieci są częste, a choroby pęcherzyka niezwykle rzadkie, jednakże większość autorów, przytoczonych w pracy Adamowicza (1), jak i powyżej wspomniani przezemnie Castex z Galanem (5) uważają, że zakażenie wielkouśćcem dróg żółciowych może wywoływać bóle, przypominające kolkę żółciową oraz żółtaczkę zastoinową, która może doprowadzić nawet do poważnych zmian anatomicznych w miąższu wątrobowym. Westphal z Georgim (10) podają też przypadek z objawami przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego, w którym po wycięciu pęcherzyka okazało się, że był on napozór zdrów i nie przedstawiał żadnych zmian chorobowych mikroskopowych, a z zawartości którego nie wyhodowano żadnych mikrobów. Otóż w tym przypadku znaleziono w pęcherzyku sporą ilość wielkouśćców jelitowych: kilkakrotne zgłębnikowanie dwunastnicy przed i po operacji wielkouśća nie wykazało.

W naszym przypadku trudno orzec, czy wielkouściec odegrał rolę patogenetyczną i jaką. Nie mając niezbitych podstaw do kategorycznego sądu, pozwolę sobie tylko rzucić kilka myśli, a więc przedewszystkiem: czy ta żółtaczka zastoinowa, którą chory przebył przed 3 laty, nie zależała od zakażenia wielkouśćcem. W każdym razie pomyślny wpływ wywoływania odruchu Meltzer-Lyona na dolegliwości, zgrupowane wokoło pęcherzyka żółciowego, łącznie z pewną równoległością w ustępowaniu tych dolegliwości i zmniejszaniu się ilości pasorzytów w otrzymywanej za każdym razem żółci, przemawiać mogłyby za udziałem wielkouśća w powstawaniu cierpień chorego, tembardziej, że wobec własności odkażających soli sodowej tetrajodfenolftaleiny, używanej do badań pęcherzyka żółciowego, jako ciała kontrastującego, możliwe jest, że sól ta działała tu zabójczo na wielkouśća w miejscu jego osiedlenia się, wydzielając się z żółcią w stężeniu większem, aniżeli to ma miejsce w krwioobiegu. Tę ostatnią możliwość wypowiadam z zastrzeżeniem, przed ostatecznem bowiem uznaniem jej należałoby ustalić, czy stopień stężenia tetrajodu

w pęcherzyku po zwykle stosowanej dawce może oddziaływać zabójczo na wielkoušćca. Zadanie to jest trudne i osiągalne chyba tylko przez wstrzykiwanie trupom do pęcherzyka roztworu tetrajodu wiadomego stężenia z następową rentgenografją w ten sposób spreparowanego pęcherzyka, aby natężenie jego cienia porównać z natężeniem cienia pęcherzyka człowieka żywego. Rzecz prosta, że wnioskowanie z tych doświadczeń wymaga ogromnej ostrożności.

Opisując przypadek, mam jednak głównie na myśli nietyle znaczenie chorobotwórcze wielkouśćca, ile rolę, jaką on może odgrywać w powstawaniu obrazów roentg. pęcherzyka, zacienionego metodą dożylną Grahama. Można bowiem przypuścić, że ten pasorzyt, nagromadzony w wielkiej ilości w pęcherzyku i w drogach żółciowych, jest zdolny wywołać, choćby przejściowo tylko, jego niedrożność lub upośledzenie drożności czy to bezpośrednio, czy też pośrednio przez powodowanie zmian na błonie śluzowej jego wąskiego przewodu, co znów wywołuje albo zupełny brak albo też słabe natężenie cienia pęcherzyka na kliszy, jak to było w naszym przypadku. Wprawdzie roentgenogramy pęcherzyka żółciowego w naszym przypadku przemawiają za obecnością zrostów w jego okolicy, niemożna jednak w nich dopatrywać się przyczyny ujemnego wyniku pierwszej cholecystografji, albowiem powodując niedrożność pęcherzyka, nadają one jej cechy stanu trwałego, nie zaś przejściowego, jak w naszym przypadku. Pozatem słabe natężenie cienia pęcherzyka w pierwszej serji naszych zdjęć znajduje swój odpowiednik w wielkiej ilości wielkouśćców, stwierdzonej we wszystkich 3 porcjach wydobytej po dokonaniu zdjęć żółci, szczególnie zaś dużej w żółci B, i odwrotnie bardzo silnemu natężeniu cienia pęcherzyka w drugiej serji zdjęć, dokonanych po uprzedniem opróżnieniu pęcherzyka, towarzyszy znacznie mniejsza ilość pasorzytów we wszystkich porcjach żółci.

Do wypowiedzenia podobnego przypuszczenia na zasadzie spostrzegania jednego tylko przypadku upoważnia mnie poniekąd pewne podobieństwo spostrzeżenia do przypadku zakażenia wielkouśćcem, opisanego przez Eisenfarba (2) z innych powodów.

W tym przypadku, ze względu na powiększoną wątrobę, jej bolesność, szczególniej w punkcie pęcherzyka żółciowego, częste samoistne bóle w jej okolicy i słabe natężenie cienia roentgenologicznego pęcherzyka po podaniu barwika kontrastującego drogą dożylną, co nasuwało podejrzenie jego niedrożności, wreszcie ze względu na stan podgorączkowy w przebiegu choroby należało, zdaniem Eisenfarba, rozpoznawać stan zapalny pęcherzyka żółciowego lub kamicę żółciową, i dlatego chora otrzymała odpowiednie leczenie, bez żadnego jednak skutku. Próba Meltzer-Lyona, przeprowadzona jednokrotnie, wypadła ujemnie. Ponieważ w „żółci A i C" znaleziono liczne wielkouśćce, więc zastosowano leczenie emetyną w postaci wstrzykiwań oraz stowarsolem drogą doustną. I to leczenie na razie nie dało żadnego wyniku. Chora wypisała się. Po pewnym czasie chora zgłosiła się ponownie. Stan ogólny i samopoczucie poprawiły się, ciepłota stała się prawie normalna, ale dokuczliwe bóle w prawem podżebrzu nie ustąpiły. Ze względu na bóle chora zażądała operacji. Zgłębnikowanie dwunastnicy przed operacją dało nareszcie odruch pęcherzykowy dodatni. Postaci wegetatywnych wielkouśćca w otrzymanej żółci nie stwierdzono, natomiast — nieliczne jego cysty, szczególnie liczne w żółci B. Dokonano cholecystektomji. Okazało się, że ściany pecherzyka są zgrubiałe, stwierdzono też zrosty z otoczeniem. W zawartości pęcherzyka leukocyty, nieliczne twory podobne do cyst wielkouśćca. Posiew z żółci — jałowy. Badanie mikroskopowe: zmiany zapalne w śluzówce i samej ścianie pecherzyka żółciowego. Po operacji bóle zupełnie ustąpiły. Na półtora roku przed przybyciem do szpitala chora miała usunięty wyrostek.

A wiec w przypadku Eisenfarba podejrzenie trwałej niedrożności pęcherzyka żółciowego, powzięte na zasadzie raz dokonanej cholecystografji, upada, skoro próba Meltzer-Lyona, wykonana przed operacją, dała wynik dodatni. Gdyby autor po otrzymaniu żółci pecherzykowej po raz drugi dokonał cholecystografji, bardzo możliwe, że obraz pęcherzyka wypadłby zupełnie inaczej, tembardziej, że w porównaniu do wielkich ilości wielkouśćca, znajdywanych poprzednio w wydobytej treści dwunastniczej, tym razem znaleziono w otrzymanej żółci bardzo nieliczne jego cysty, jednak najliczniejsze w żółci B.

Dane, uzyskane ze spostrzegania w klinice podanego przezemnie przypadku, pozwalają na wypowiedzenie następujących wniosków:

1. Wielkouściec jelitowy, nagromadzając się w większych ilościach w pęcherzyku i drogach żółciowych, może powodować jego przejściową niedrożność i przez to mieć wpływ zasadniczy na kształtowanie się obrazu roentgenologicznego pęcherzyka, zacieniowanego metodą dożylną Grahama;

2. Tłumaczenie niedrożności pęcherzyka, stwierdzonej zapomocą cholecystografji, bez uwzględnienia powyższego czynnika może prowadzić do mylnych wniosków, a więc:

3. Badanie cholecystograficzne powinno być poprzedzone przez zgłębnikowanie dwunastnicy i usiłowanie otrzymania żółci B;

4. Wywoływanie odruchu Meltzer-Lyona zapomocą siarkanu magnezowego, stosowane w celach leczniczych, zdaje się, daje dobre wyniki symptomatyczne w zakażeniu dróg żółciowych wielkouśćcem jelitowym.

Piśmiennictwo:

1) P. Adamowicz: P. Archiwum med. wewn. Tom IV, zesz. II, r. 1926, str. 188. — 2) J: Eisenfarb: Warsz. Czas. Lek. Nr. 12, r. 1926, str. 573: — 3) L. Morenas: Arch. d. mal. d. l'app. dig. N. 4, r. 1926, str. 506. — 4) M. R. Castex et J. C. Galan. Arch. d. mal. d. l'app: dig. Nr. 4, r. 1926, str. 507. — 5) M. R. Castex et J. C. Galan: Arch. d. mal. l'app. dig. Nr. 6, 1926, str. 633. — 6) M. R. Castex et J. C. Galan: Bull. et mem. de l. soc. méd. d. hôp. Nr. 9, r. 1926. — 7) M. Chiray et J. Lebon: Arch. d. mal. d. l'app. dig. Nr. 4, r. 1926, str. 509. — 8) Przytaczam według Faltitschek u. Krasso: W. kl. Woch. Nr. 14, r. 1926. — 9) W. C. Boeck: P. Gaz: Lek. Nr. 28 i 29, r. 1927, str. 539 (streszcz. z Arch. of inter. med. V. 39,Nr. 1, r. 1927). — 10) Westphal u. Georgi: M. m. Woch. Nr. 33, r. 1923.

Dr. Lucjan Antoni DOBROWOLSKI. Zakopane.

Zastosowanie racjonalnego odżywiania przy gruźlicy płucnej.

Z Sanatorjum dla chorych płucnych im. Dr. Dłuskich.
Dyrektor: Dr. L. A. Dobrowolski.

Leczenie dietetyczne od niepamiętnych czasów zajmowało i zajmuje świat lekarski, przekonano się bowiem, że posiada ono nieraz przeważające znaczenie w leczeniu niektórych chorób, przewyższając inne metody lecznicze. Wiemy już dokładnie, że choroby przewodu pokarmowego i przemiany materji — bez leczenia dietetycznego nie mogłyby się ostać na środkach farmaceutycznych. Również wiemy, że od czasów niepamiętnych przy sprawach gruźlicy płucnej, główny nacisk kładziono na odżywianie, na tą dietetykę, która po dziś dzień pozostała główną metodą zwalczania gruźlicy płucnej. Prawie każdy lekarz, mając przed sobą gruźlika, w pierwszym rzędzie polecał im jeść jaknajwięcej, zwłaszcza tłuszczów, białka i węglowodanów. Praca moja w wielu Sanatorjach dla płucno chorych, przekonała mnie o zbyt obfitem, a jednocześnie jednostronnym, moim zdaniem, niezupełnie odpowiednim odżywianiem tych chorych; pożywienie to polegało głównie na spożywaniu: pieczywa, kartofli, mięsa i tłuszczów, traktując jarzyny, kompoty, ser, świeże owoce — zupełnie pa macoszemu. Najważniejszym celem było i jest dostarczanie chorym jaknajwięcej mięsa. Już przed trzema laty, będąc kierownikiem jednej z przychodni przeciwgruźliczej w Warszawie, miałem możność zupełnie przypadkowego obserwowania niezaprzeczonego wpływu na przebieg cierpienia „nastawienia" odżywiania w odpowiednim kierunku. Kilku chorych (8 osób) z tych czy innych względów stołowało się w jarskiej kuchni pomimo, że ich zmiany były dość różnorodne, u niektórych dość rozległe, i pomijając, że jako chorzy przychodni, nie rekrutowali się z klasy zamożniejszej i nieraz wielu rzeczy musieli sobie odmawiać w pożywienu, pracując przy tem ciężko — to jednak okazało się przy porównaniu z odpowiednikiem chorych, normalnie odżywianych, że znaczna przewaga w lepszym przebiegu ich cierpienia, nie ulegała wątpliwości. Aczkolwiek porównanie to okazać by się mogło względnem, jednak fakt, że ci osobnicy byli w stałej obserwacji przychodni przeciwgruźliczej — przemawia za zmianami u nich rozwiniętemi; (ponieważ osobnicy ze zmianami nieznacznemi są tylko dorywczo badani, bez stałej obserwacji), jak z drugiej strony, że przebywali oni w warunkach ciężkiego bytowania.

Przeglądając skład przeciętnego pożywienia człowieka mieszkającego w mieście przekonamy się, że zawsze spożycie mięsa przewyższa wszystkie inne pokarmy, zaś mleko, owoce i jarzyny, zbyt rzadko bywają spożywane. Co dziwniejsze po wsiach gdzie nie brak jarzyn, wieśniacy rzadko je spożywają, bo pomijając trud przy ich sporządzaniu — „nie mają jarzyn" ponieważ wszystkie sprzedają do miasta. Możliwe, że w tym tkwi przyczyna, że wieśniacy obecnie tak często zapadają na gruźlicę płucną.

Sprawa więc dietetyki — jako czynnika o znaczeniu pierwszorzędnym, zwraca coraz bardziej na siebie uwagę i wymaga wprost ostatecznego uregulowania, niestety jednak jest to kwestja dość mozolnych prób i wysiłków.

Z ostatnich zdobyczy w tym kierunku należy wymienić pracę Sauerbrucha, Hermansdorfera i Gersona, którzy zauważyli dobroczynny wpływ składników kwaśnych zawartych w pokarmie dawanym chorym.

Wpływ ten przejawiał się szybkim przebiegiem gojenia się ran i zmniejszeniem się ilości drobnoustrojów. Ciż sami rozporządzając odpowiednim materjałem chorych gruźliczych, skierowywanych do nich (Chirurgiczna klinika uniwersytecka — Monachjum) celem wykonania torakoplastyki, nieraz zmuszeni byli przed tym zabiegiem wzmocnić organizm chorego; okazało się przytem, że w leczeniu spraw gruźliczych, nie poślednie ma znaczenie prawidłowa i odpowiednio ustalona dietetyka, jednak nie tylko w myśl starych zasad podawania chorym na gruźlicę płucną obfitego pożywienia, lecz co ważniejsze o dobranie tego pożywienia w ten sposób, by podawać choremu w większych ilościach: białka i tłuszcze, owoce, jarzyny, a ograniczając przytem ilości węglowodanów i wyłączając zupełnie sól kuchenną, spowodować zakwaszenie ustroju. Przeprowadzając jednak odpowiednie próby i doświadczenia na gruźlikach z różnemi postaciami i charakterem samych zmian chorobowych i biorąc pod uwagę dwa cierpienia z zakresu przemiany materji mianowicie: cukrzycę i otyłość, doszedłem do pewnych ustalonych wniosków w tej sprawie odżywiania, które podaję poniżej.

Mianowicie Liebig i Fedor w pracach swych zwracają uwagę na duże znaczenie wzmożenia zasadowości krwi, widząc w zmniejszeniu jej, jednoczesne zmniejszenie się siły bakterjobójczej krwi. Te sprawy znajdują dość jasne potwierdzenie w przebiegu gruźlicy płucnej, przy zaburzonej jednocześnie przemianie materji, spowodowanej cukrzycą. Jak wiemy zaburzenie to powoduje wytwarzanie nadmiernego zakwaszenia ustroju — w czem bez wątpienia tkwi tak wielce słaba odporność chorych cukrzycowych przeciwko gruźlicy tak, że śmiało rzec można — stwierdzona wyraźna cukrzyca przy postępujących sprawach gruźliczych w płucach, jest początkiem nieubłaganego końca dla chorego.

Również i w otyłości widzimy wiele wspólnego z cukrzycą. Obserwowałem wielu chorych, którzy pomimo stałego pogarszania sprawy w płucach, dość dużo przybierali na wadze, odżywiając się obficie jednostronnym pożywieniem (białkiem, tłuszczem i węglowodanami). Powiedzieć zatem możemy, że ogólne procesy w organiźmie ludzkim, wywierają swój niezaprzeczony wpływ na powstawanie i przebieg miejscowego cierpienia. Wychodząc z tego założenia, powinniśmy na czołowem miejscu umieścić przemianę materji u gruźlika i wszelkie nasze poczynania lecznicze od niej uzależnić.

Wiemy, że przez zanik łaknienia, gruźlik dość szybko nieraz zostaje doprowadzony do podupadnięcia ogólnego stanu odżywienia, tego zewnętrznego świadectwa, wyraźnie mówiącego o zachwianiu całej gospodarki ustroju.

Przy gruźlicy — osobnicy, żyją najczęściej, wyczerpując własne białko i tłuszcze. Najczęściej ten proces idzie w parze z wyczerpywaniem ustroju i tak prócz tego powodowanego podniesioną ciepłotą i działaniem jadów. Dzięki temu następuje wzmożone wydzielanie z organizmu: azotu, fosforu i siarki. Binet i Robin przy daleko posuniętych sprawach gruźliczych, stwierdzili szybkie znikanie tlenu na korzyść powstającego w sporych ilościach — bezwodnika kwasu węglowego.

O wzmożeniu tych przemian funkcjonalnych świadczy wzmożenie wymiany gazowej, jak również powstawanie patologicznych produktów rozpadu, wyrażających się dodatnim dwuazowym odczynem, reakcją urochromogenową moczu i innemi.

Cała przemiana u gruźlika jest jednym słowem ściśle uzależniona od nasilenia samej sprawy chorobowej: zazwyczaj duży rozpad tkankowy, oprócz wzmożonej przemiany gazowej daje w dużej mierze — obfite zubożenie organizmu w wapień i magnezium. Prócz tego najczęściej stałe objawy gruźlicy rozwiniętej jak: wzmożony oddech, wysoka ciepłota, obfita ilość plwociny i poty spowodowują znaczne zubożenie organizmu w wodę ustrojową.

To są wszystko momenty, które najczęściej prowadzą do tego dość charakterystycznego chudnięcia. Że w odpowiednim pożywieniu i leżakowaniu widziano najistotniejszy środek obronny i leczniczy skierowany przeciwko gruźlicy, świadczy to, że od czasów Brehmera ta metoda wytrwała do dnia dzisiejszego, trwając nadal, podczas gdy inne uległy zniknięciu ew. zmianom, lub modyfikacjom.

Dotychczasowe pożywienie gruźlików, jak już wspominałem, było tylko obmyślane ilościowo, podczas gdy zapoznaną została strona jakościowa, mająca w pierwszym rzędzie dostarczyć organizmowi wyczerpanemu, pod każdym względem, tych brakujących składników (mineralnych i witaminowych w pierwszym rzędzie), które by pozwoliły choć do pewnego stopnia wyrównać podniesione straty.

Jak dalece pewne dobrane odpowiednio pokarmy wywierają wpływ dodatni na przebieg niektórych cierpień, wykazał jasno Luithlen w pracach swoich nad znaczeniem odpowiedniego pokarmu w chorobach skóry.

Mianowicie twierdzi on, że odpowiednie rozmieszczenie i przesunięcie kationów w skórze i tkankach zależą od rodzaju pożywienia; okazało się bowiem, że zwierzę żywione przetworami owsianemi, miało skórę bogatszą w potas a uboższą w wapień, sód i magnezium. Natomiast przy dostarczaniu temuż zwierzęciu pożywienia roślinnego — jarzyn następowało w skórze wzmożenie ilości zasad, w pierwszym rzędzie: wapnia i magnezji. Dostarczane w zmożonej ilości kwasy, powodowały najwięcej zmniejszenie zawartości w ilościach sodu i potasu, podczas gdy ilości wapnia i magnezu w skórze ulegały wzmożeniu. Należy zaznaczyć, że nie tylko na tym polegał wpływ pożywienia (ogólna ilość elektrolitów) lecz wyrażało się to prócz tego działaniem na ustosunkowanie poszczególnego rozmieszczenia jonów. Wykazał również Luithlen, że określone pożywienie może mieć wpływ i na samą czynność funkcjonalną. Mianowicie zwierzę żywione pożywieniem składającem się z przetworów owsa, stawało się więcej wrażliwe od zwierzęcia odżywianego jarzynami.

Zwierzęta doświadczalne żywione jedne owsem, drugie jarzynami, przy zadziałaniu na ich skórę olejku krotonowego wykazywały: pierwsze b. silne podrażnienie skóry podczas gdy drugie żywione jarzynami wykazały bardzo nieznaczne zaledwie podrażnienie. Z doświadczeń tych wyprowadził Luithlen bardzo ważny wniosek praktyczny, że przy chorobach skóry zewnętrzne zabiegi t. j. leczenie — działają przeważnie tylko objawowo, podczas gdy odpowiednie uregulowanie ustanowionej diety wpływa i reguluje zasadniczy przebieg danej choroby. Idąc w tym kierunku i uważając wszelkie wypryski skórne za przejaw wzmożonej jej drażliwości — starał się on pobudliwość tą zmniejszyć, przesuwając przemianę materji w tym czy innym kierunku. Czynnikami działającemi po temu były jarzyny podawane choremu w ilości zwiększonej i prócz tego całkowite wyłączenie podawania soli kuchennej, ponieważ miała ona przeciwdziałać wpływowi działania leczniczego soli roślinnych. Badania Luithlena za którym poszli inni, jak Spiro, Herrmannsdorfer, Roseman i Wiechowski i inni wykazywały niezbicie, że: naruszenie ew. zmienienie przemiany materji mineralnej ustroju, wywiera wpływ na czynności zarówno fizjologiczne jak i patologiczne. Podawanie soli wapniowych wpływa na wzmożone wydzielanie sodu, potasu i magnezji — to wskazuje, że doprowadzenie ustrojowi w większej ilości jednego kationu — wpływa na całkowite zaburzenie równowagi mineralnej, tak, że doprowadzając do organizmu pożywienie roślinne, bogate w potas, powodujemy gromadzenie się wapna, jak również pozbawiamy chloru. Stąd wniosek, że dieta jarska wywołuje głód soli i, jako bogatsza w kationy, pozwala wykorzystać całkowicie podawany pokarm roślinny, dając tem możność zatrzymania potrzebnych składników mineralnych. Jak wykazały badania Robin i Bineta największym zabezpieczeniem i obroną przeciwko gruźlicy, jest przewaga mineralna ustroju. Ciż badacze francuscy w demineralizacji ustroju widzą przyczynę gruźlicy i obliczając stosunek procentowy części stałych w moczu chorych do nieorganicznej pozostałości, wykazali, że znalezienie w moczu chorych na gruźlicę większych ilości wapna i magnezji świadczy o zubożeniu mineralnym nietylko krwi, ale całego szeregu organów jak: płuc, kości, wątroby, śledziony, nerek i mięśni. Gruźlik w walce z cierpieniem swym zużywa w pierwszym rzędzie składniki mineralne swego ustroju, czerpiąc je głównie z układu kostnego i w ten sposób pozbawiając go jego zasadniczych składników, jakiemi są wapno, kwas fosforowy i fluor. Wapno jednak zajmuje jedno z najgłówniejszych miejsc przy tym procesie. Rebattu, Rosenfeld i Rosenheim wykazali, że demineralizacja obejmuje w pierwszym rzędzie gruźlików i wzmaga się w miarę postępu procesu płucnego. Badania pośmiertne organów wykazały, że w płucach gruźliczych, zawartość wapna w stosunku do zdrowych spada do 30%. Ciż sami badacze udowodnili, że również przy sprawach gruźliczych wysiękowych napięcie powierzchniowe we krwi wapna, jest b. wyraźnie zmniejszone. Bardzo często, jako zewnętrzny objaw tego odwapnienia spotykanego przy gruźlicy mamy — bardzo wyraźną — kruchość zębów. Na drugim miejscu należy postawić kwas fosforowy, ilość którego w organiźmie ulega znacznemu zmniejszeniu, ponieważ zarówno wapno jak i fosforany mają dość duże powinowactwo do siebie. Prorok i Plesch przywiazują duże znaczenie rozpoznawcze wykrywaniu w plwocinie kwasu fosforowego, ma to świadczyć o daleko idącym rozpadzie tkanek w organiźmie gruźlika. Co się tyczy zawartości chloru we krwi, to należy stwierdzić, że liczby te przy chorobach płuc ulegają znacznemu obniżeniu; jako przyczynę należy upatrywać w:

1) częstych potach, będących w związku ze sprawą podwyższonej ciepłoty,

2) wzmożonem wydzielaniu chloru przez nerki. Wskutek tego następuje znaczne zubożenie tkanek w chlorek sodu, co przy wzmożonym i zmienionym torze oddechowym, zmniejszającym w organiźmie zawartość wody, mogło by doprowadzić do izotonji soków ustrojowych. Dzięki jednak wzmożonemu wydzielaniu chloru z moczem przy tych sprawach, mamy zachowaną całkowitą równowagę. Prócz tego, jak twierdzi Andersen chlorek sodu wzmaga przemianę komórkową, większe więc jego ilości doprowadzić mogą u gruźlika do daleko idących zaburzeń równowagi napięcia tkankowego organów, mogące odbić się w sposób ujemny na całym schorzałym ustroju; pomijając przytem szkodliwości chlorku sodu dla samego zatrzymywania dla gruźlika jonów, niektórych, Gerson uważa sól kuchenną nie tylko za zbyteczny dodatek, lecz powtarzając za Bergiem, twierdzi, że niektóre narody, jak n. p. Kirgizi, Hunguzi, Fińczycy, niektóre plemiona Arabów i inni, uważają i traktują sól kuchenną, jako truciznę.

W myśl powyższych teoretycznych rozważań, należy całą dietetykę oprzeć o wyłuszczone zasady, kierując się i biorąc pod uwagę następujące pokarmy:

1) mleko — litr dziennie ew. więcej, przeważnie w formie, surowego świeżego mleka słodkiego, mleka już podległego fermentacji kwaśnej, lepiej unikać; następnie kakao, czekolada na mleku, kaszki wszelkiego rodzaju i ryż na mleku. Z przetworów mlecznych — sery wszelkiego rodzaju, z zastrzeżeniem, że nie zawierają zbytniej ilości soli. Śmietanka b. wskazana. Śmietanę lepiej wyłączyć z tej dietetyki mlecznej, ponieważ wytwarza ona w jelitach nierozpuszczalne mydła wapniowe, wreszcie masło niesolone;

2) jarzyny wyłącznie świeże (nie używać marynat jarzynowych), najlepiej duszone kartofle, kalarepa, szczypiorek, marchew, buraki, szparagi, kalafiory, kapusta biała i czerwona (kwaszona mniej), szpinak, sałata polna i główkowa, szczaw, rabarbar, groch, fasola, grzyby, ogórki, dynia, melon, pomidory, szparagi;

3) mączne wyroby wszelkiego rodzaju: chleb pszenny, żytni, sitkowy, makarony wszelkiego rodzaju, łazanki, kluski, ciasta różne, jak babka, biszkopty i t. p.;

4) owoce wszelkiego rodzaju; możliwie przeważnie surowe, nie wyłączając jednak gotowanych, kompoty, marmelady, galaretki owocowe, soki, lemoniady, jabłecznik, dalej wina owocowe, sałatki z owoców, pieczone jabłka;

5) jaja w miernej ilości (większa ilość powoduje tworzenie się kwasów) w różnych postaciach. Unikać jednak jaj na twardo;

6) wyroby i przetwory cukrowe bez specjalnych zastrzeżeń co do gatunku i ilości;

7) tłuszcze naturalne jak oliwa, smalec, rybi tran;

8) kaszki wszelkiego rodzaju, ryż nie łuszczony, można używać t. zw. ryż dęty (Puffed Rice Quekera) płatki owsiane, kukurydza, tapioka;

9) przyprawy: używanie ich jest prawie konieczne, by pokryć brak soli kuchennej, należą do nich: majeranek, koper, cebula, bobkowe liście, szczypiorek, pietruszka, selery, pory, czosnek, chrzan, rzodkiew, imbir, cytryna, wanilja, cynamon, anyżek, migdały, drożdże, rodzynki, orzechy.

Wyżej wymienione pokarmy powinny stanowić podstawę racjonalnego odżywiania gruźlika, bez względu na sam charakter samych zmian płucnych.

Praktycznie podział dnia, dla przeprowadzenia tej diety, przedstawiać się będzie w sposób następujący:

I-sze śniadanie (8 rano) — zupa gęsta, przyrządzona najlepiej na mleku w ilości 300 g ew. na wodzie, z któregokolwiek podanych jak: z płatków owsianych, ryżu lub kaszki (grysik, krakowska, jęczmienna). Do tego jako dodatek: cukier, łyżka masła, jajo, dalej cytryna albo wanilja, lub cynamon.

II-gie śniadanie (10 rano) mleko, kakao na mleku ew. kawa (najlepiej zbożowa) z dużą ilością mleka. Do tego pieczywo z masłem, miodem ew. marmeladą, wreszcie kompot z owoców.

Obiad (1 godz.) 1) zupa, najlepiej jarzynowa, owocowa ew. rosół z jakimś dodatkiem: kluseczki, kaszka, ryż, ziemniaki i t. p.

2) danie — umiarkowana porcja mięsa jakiegokolwiek, uwzględniając przedewszystkiem mięso białe (drób, cielęcina, ew. ryba), do tego 2—3 gatunki jarzyn, którychkolwiek z wyżej wymienionych. Jarzyny powinny stanowić główną podstawę całego obiadu. Jako deser — kompot, ew. owoce.

Podwieczorek (4 godz.). Skład podobny do drugiego śniadania.

Kolacja (7 godz.). Skład pożywienia podobny do składu, pierwszego śniadania, ew. zmieniając od czasu do czasu na jakąś potrawę z jaj: jaja w majonezie, jajecznica, sadzone i t. p., ew. ser, dalej owoce.

Podany podział posiłków jest tylko ogólnym schematem, na którym opierając się każda gospodyni sporządzać może odpowiednie pożywienie. Główny nacisk należy położyć przytem na takie przyrządzenie pożywienia, by w ten czy inny sposób wyrównać, brak soli kuchennej, (przyprawami).

Podając pokarmy stanowiące główny fundament tego odżywiania, podaje poniżej spis pokarmów, których spożycie należy ograniczyć, ew. wyłączyć zupełnie z jadłospisu racjonalnej dietetyki gruźlika.

Pokarmy których spożycie należy ograniczyć, do grupy tej należą pokarmy, których większe ilości mogą powodować zakwaszenie ustroju, do nich należą:

1) mięso świeże, jak również i wszelkie wnętrzności: wątroba, płuca, nerki i t. p.;

2) wszelkie trunki jak wino, piwo, wódka;

3) przyprawy jak pieprz, musztarda, chrzan i t. p.

4) jaja;

5) śmietana.

Pokarmy, których użycie należy wykluczyć w zupełności:

1) sól kuchenna;

2) wszelkie konserwy;

3) szynkę i wszelkie siekaniny masarskie, jak kiełbasa i t. p., dalej solone ryby i mięso, jak również i wędzone;

4) przyprawy, jak ocet;

5) buljony, Maggi i inne.

Należy jeszcze raz z naciskiem zaznaczyć, że spożywanie świeżych jarzyn w ilości niedostatecznej, lub niespożywanie ich zupełne, nie pozwala na doprowadzenie dostatecznych ilości najważniejszych składników mineralnych, zwłaszcza takich jakimi są wapno i sód. Z drugiej strony musimy wiedzieć dokładnie, że im bogatsze jest pożywienie w białko — tym więcej wytworzy się w organiźmie kwasów. Zakwaszenie ustroju, upośledza zatrzymywanie sodu i wapnia w nim; duże ilości kwasów ulegając wydzielaniu, pociągają za sobą alkalja ponieważ najczęściej pozostają z nimi w związkach chemicznych. Brak zaś dostatecznego zatrzymywania wapna ustrojowego, wiemy dokładnie jak wielce szkodliwe ma znaczenie dla ustroju przy gruźlicy płucnej. Co się tyczy sodu to jak wykazały badania jest on czynnikiem przeszkadzającym w wytwarzaniu się większej ilości bezwodnika kwasu węglowego, jak również przeciwdziała jego gromadzeniu.

Cała ta dieta ma na celu utrzymanie zasadniczej równowagi krwi w sensie stałej mniej więcej zawartości kwasów i zasad, czyli zachowania t. zw. izohydrii.

Jak twierdzą Gottschalk i Adler, krew przedstawia sobą ciecz obojętną z nieznacznym tylko odchyleniem w stronę zasadowości. Regulacja tej równowagi w myśl tychże autorów jak również i Glasera, jest w dużej mierze zależną od układu parasympatycznego, dzięki czemu jest możliwe to subtelne utrzymanie jonów na mniej więcej stałym poziomie. Dopóki ustrój rozporządza odpowiednimi zapasami koniecznych mineralnych składników, nie powstają w nim żadne zaburzenia.

W przeciwnym bowiem razie, przy niedostatecznych zapasach sodu i wapna, ustrój by choć częściowo utrzymać i nie doprowadzić do całkowitego zachwiania tej równowagi, zmusza krew, jeśli się tak wyrazić można, do wyciągnięcia odpowiednich koniecznych składników mineralnych z pożywienia, a przy nieodpowiedniem odżywianiu z komórek ustrojowych. Przy tym jednak ostatnim momencie, następuje zubożenie w te składniki odpowiednich narządów, którymi najczęściej padają ofiarą płuca, i kościec; dzięki temu wyrównaniu może być stosunkowo dość długo zachowana równowaga składu jonów krwi (kosztem zubożenia narządów).

Wymieniając pożywienia konieczne dla racjonalnej dietetyki, trzymałem dotychczas na uboczu sprawę witamin, która jednak jest jedną z głównych podstaw tej racjonalnej dietetyki. Kazimierz Funk w pracach swoich nad ciałami dopełniającemi nazwanemi przez siebie witaminami — dał podwaliny pod tą nową dziedzinę. Nie wdając się w szczegółowe rozpatrywanie tej sprawy, co by nas za daleko doprowadziło, podamy najnowszy jego podział witamin; mianowicie dzieli on je na witaminy właściwe i witasteryny. Witaminy zawierają azot i substancje rozkładające się pod wpływem zasad, witasteryny tego azotu nie posiadają i przeciwnie są oporne na zadziałanie zasadami. Ze względów jednak praktycznych, należy brać pod uwagę podział ogólnie przyjęty, który schematycznie dzieli witaminy na:

grupę A — przeciwdziałającą sprawom rachityczno-atroficznym,

grupę B — przeciwdziałającą sprawom neurytycznym, eutroficznym, oraz mającym wpływ na pobudzenie wzrostu,

grupa C — przeciwskorbutowa.

Badania Abderhaldena, Bickela i Freudenberga wykazały, że witaminy są bezwarunkowo konieczne dla komórek organizmu zwierzęcego, bez których nie mogą się odbywać w nich normalne czynności asymilacyjno-utleniające.

Przy braku witamin w pokarmach dostarczanych, występują w organizmie daleko idące zaburzenia tkankowe, najczęściej przejawiające się zmniejszoną odpornością ustroju w stosunku do zakażeń. Daleko idące badania doświadczalne czasów ostatnich

Leichtentrittera i Heymanna rzucają dużo światła na sprawę łączności gruźlicy z witaminami. Witaminy są jeśli się tak wyrazić można, katalizatorem, który nagromadza i wzmaga w działaniu siły obronne ustroju, przeciwko walce z gruźlicą. Nie wdając się w dalsze szczegóły znaczenia witamin przy gruźlicy, gdyż to powinno stanowić oddzielną pracę, należy zaznaczyć, że przy dostarczaniu ich organizmowi, natrafiamy na dość poważne trudności. Jak wiemy, witaminy są zawarte w świeżych jarzynach, cytrynach, pomidorach, owocach i t. p., co pozostaje w dużej zależności od pory roku. By choć w części temu zaradzić i dostarczyć niezależnie od tych trudności, możliwie jak największe ilości tych witamin, poza właściwem odżywianiem, podanym powyżej, dodawałem jednocześnie prawie każdemu gruźlikowi tran, porą zimową, i preparat witaminowej mączki odżywczej Spiesa „Calcitrin". Preparat ten, ma tą wielką zaletę, że zawierając dostateczne witaminy zarówno pod względem jakościowym jakoteż i ilościowym, pozwala na ich dostarczanie bez względu na porę roku. Co do zawartości innych celowych i jednocześnie niezbędnych składników, poniżej.

Podawanie tych środków bogatych w witaminy było uzupełnieniem tego dietetycznego leczenia i często niemal, jedynym lekiem, jakie otrzymywali chorzy podczas przeprowadzania tej kuracji.

By możliwie jaknajwięcej uwypuklić wpływ tej kuracji na sam ustrój i zmiany gruźlicze, podam kilka przypadków z pośród 35 obserwowanych.

Wszyscy chorzy podczas przeprowadzania tej kuracji, większą część dnia spędzali w pozycji leżącej, (5—10 godz. dziennie) przeważnie na werandzie, na odkrytym powietrzu. Ograniczałem się prawie wyłącznie, żeby nie zacierać obrazu, do tego leczenia dietetycznego, dodając Calcitrinę ew. tran, i, tylko wyjątkowo otrzymywali niektórzy chorzy leki działające objawowo. Ciepłotę wszyscy mierzyli 8 razy dziennie, co dwie godziny, tętno raz dziennie. Co 10 dni badano bakterjologicznie plwocinę, krew morfologicznie i opadanie czerwonych ciałek krwi. Ilość plwociny była merzoną co 24 godziny. Badanie rentgenologiczne przeprowadzałem u każdego chorego 2 razy, na początku i końcu kuracji, mocz badany był okresowo. Do kuracji tej starałem się, nie wdając się w specjalne segregację, wybierać chorych ze zmianami daleko posuniętemi, przeważnie obustronnemi, czynnemi, najczęściej z podniesioną ciepłotą; przeważnie byli to chorzy u których dotychczasowe kierunki lecznicze nie wydawały dostatecznych wyników leczniczych.

Obserwacja 1-sza. M. O. lat 26, męż. Waga 60 kg, wzrost 170, ciepłota do 38. Przed kilkoma laty krwotok, który po kilkotygodniowym pobycie na wsi, nie pojawiał się już więcej. Pracował w następstwie, pełniąc swą dotychczasową dość ciężką pracę (technik budowlany) do czasu przybycia do naszego Zakładu. Ciepłoty przedtem nigdy nie mierzył. Dopiero dwa ostatnie krwotoki (około 600 g) ostatecznie zadecydowały, że został skierowany do naszego Sanatorjum. Z objawów poza niezbyt silnym kaszlem, potami i dusznością występującą zwłaszcza po intensywniejszych ruchach, nie stwierdza się nic więcej. Chory jest żywego usposobienia, twierdzi, że gdy leży czuje się gorzej. Z chorób, poza płonicą, odrą i krztuścem, nie chorował. W rodzinie nie było zapadania na gruźlicę. Wenerycznych schorzeń miał nie przechodzić. Nie pije i pali.

Budowy prawidłowej, odżywienia miernego, wybitne zapadnięcie dołków nad i podobojczykowych, blady. Dostępne badaniu gruczoły nie powiększone.

Objawy fizykalne: W obu płucach stwierdza się z przodu przytłumienie do 2-go żebra i $^{1}/_{2}$ łopatki z tyłu, po stronie prawej stłumienie do grzebienia i obojczyka. W granicach przytłumienia drżenie i przewodnictwo głosowe wybitnie wzmożone.

Prócz tego pod obojczykiem prawym wyraźna bronchophonia i periloquia, pozatym subtelny bardzo objaw bruit de pot fêlé. Oba płuca pokryte sporą ilością rozsianych rzężeń wilgotnych średnio i drobnobańkowych, po stronie prawej trochę dźwięcznych pod obojczykiem. Pozatym w obu płucach wysłuchuje się nieznaczną ilość suchych rzężeń (furczenia i świsty). Rentgen wykazuje: Oba pola szczytów płucnych zaciemnione, zwłaszcza prawe, nie wyświetlają się przy kaszlu. Pola płucne plamkowato zaciemnione, prawie jednakowo do 4 żebra. Pod obojczykiem prawym dość wyraźny ubytek cieniowy, wielkości orzecha włoskiego, z dość intensywnym obramowaniem cieniowym. Rysunek obu wnęk b. wyraźny z szeregiem smug idących ku górze i dołowi, zwłaszcza po stronie prawej, gdzie prócz tego stwierdza się kilka niewielkich zwapniałych ognisk. Przepona dość dobrze obustronnie ruchoma, zatoki przeponowo żebrowe wolne. Plwocina śluzowo-ropna zawiera obfite ilości prątków gruźliczych (5—9 w polu widzenia).

Rozpoznanie: Gruźlica obu płuc serowato włóknista z ogniskiem wrzodziejącym w prawym górnym płacie. Chory na proponowaną obustronną odmę nie zgodził się, wobec tego poddaliśmy go wyłącznie leczeniu dietetycznemu. Pożywienie otrzymywał według planu podanego powyżej, prócz tego dziennie 4 łyżki tranu po obiedzie i kolacji (po 2 łyżki) i prócz tego mączkę Calcitrin, przed drugim śniadaniem i podwieczorkiem po 4miarki (8 miarek dziennie). Chory po 9-tygodniowej kuracji tej poprawił się znakomicie. Ciepłota obniżyła się prawie do normy, nawet i po ruchach nie udało się stwierdzić specjalnych podwyższeń. Przybytek wagowy wynosił 3,750 g, kaszlał i pluł mniej, samopoczucie uległo dość widocznemu wzmożeniu. W płucach stwierdzało się jakby mniej rzężeń, rentgenologicznie nie zauważyłem żadnych zmian. Plwocina nadal wykazywała prątki gruźlicze. Chory przebywa nadal, otrzymując tą dietę.

Obserwacja 2-ga. — S. K. męż. Lat 62, waga 62 kg, wzrost 181 cm. Budowy prawidłowej, jednak więcej wątłej, wąska długa klatka piersiowa, szerokie przestrzenie międzyżebrowe, typowy stosunkowo rzadki, obraz gruźlika. Dołki nad i podobojczykowe wybitnie zapadnięte. Ciepłota najwyższa dzienna dochodzi do 39. Kaszle i pluje b. dużo, odpluwając treść ropną, ciągnącą się. Często miewa pocenia, szczególniej po każdym zaśnięciu, budzi się formalnie zlany potem. Narzeka na silne bóle w klatce piersiowej z przodu, czuje się osłabionym, zupełny brak łaknienia.

Stolce nieprawidłowe, częste rozwolnienia, zwłaszcza po mleku, którego chory nie znosi. Z chorób przechodził obustronne zapalenie płuc w dzieciństwie. W rodzinie matka zmarła na gruźlicę płucną. Przez cały czas choroby t. j. od 4 lat, przebywał w różnych Sanatorjach na leczeniu, miał stosowaną prawostronną odmę opłucnową po której czuł się b. dobrze, zwłaszcza po jej zakończeniu (2 lata); po niej nawet pracował przez rok jako rolnik. Dopiero pogorszenie ostatnich miesięcy zmusiło go do ponownego leczenia. Badanie w dniu przyjęcia wykazało: w płucu prawym przytłumienie do 3 żebra i $^{1}/_{3}$ łopatki, drżenie głosowe osłabione, na całej przestrzeni oddech pęcherzykowy dość osłabiony, pokryty sporą ilością rzężeń drobnobańkowych słyszalnych z głębi. Po stronie lewej przytłumienie do 2 żebra i $^{1}/_{2}$ łopatki, drżenie wybitnie wzmożone, oddech pęcherzykowo oskrzelowy tamże, w płacie dolnym oddech pęcherzykowy. Prawie w całym płucu sporo rozsianych rzężeń średnio i drobnobańkowych. Rentgenologicznie: Po stronie prawej objawy odmy, płuco dość wyraźnie uciśnięte, przysunięte do kręgosłupa, z niewielkim zrostem idącym od płuca do obojczyka, szczyt słabo uciśnięty, nie wyświetla się przy kaszlu, przepona prawie nieruchoma. Po stronie lewej szczyt zaciemniony, nie wyświetla się przy kaszlu zupełnie. Pozatem w całym płucu sporo plamkowatych ognisk, różnych wielkości. Wnęka dość wyraźna z szeregiem smug. Przepona ruchoma dostatecznie. Plwocina zawiera prątki gruźlicze i włókna sprężyste pojedyncze. Rozpoznanie: Kompletna odma sztuczna prawostronna, gruźlica serowato włóknista płuca lewego. Nie znajdując jakiegokolwiekbądź radykalnego zabiegu dla tego przypadku, poddaliśmy osobnika tego wyłącznemu leczeniu dietetycznemu w przeciągu 4 miesięcy. Odżywianie było identyczne jak w przypadku pierwszym, jednak prócz tego otrzymywał jeszcze w celach objawowych roztwór senegi. Pod koniec kuracji chory czuł się znakomicie, wymienione dość męczące objawy zmniejszały się prawie że z tygodnia na tydzień, chory plujący dość dużo przedtem, obecnie tylko z rana odpluwał nieznaczną ilość plwociny, przestał się pocić, apetyt uległ też wzmożeniu. W tym przypadku poza poprawą „objawową", stwierdziliśmy b. wyraźne zmniejszenie się, obfitych przedtem rzężeń; ostatnie dwa badania plwociny metodą ujednostajnienia jej, nie wykazały prątków. Zdjęcie rentgenowskie wykazało dość wyraźne zmiany po stronie lewej przejawiające się całym szeregiem wzmożonych cieni jasnych, powstałych w miejscach wybitnych ognisk przedtem nacieczeniowych. Powyższe świadczyło by o większej kondensacji tych zmian, co było w związku z ich bliznowaceniem. Biorąc ogólnie, samopoczucie uległo wybitnemu wzmożeniu, chory począł chodzić, biorąc normalny udział w życiu sanatoryjnem.

Obserwacja 3. — K. L. lat 26. męż. Waga 64 kg, wzrost 172; ciepłota 37—37.6 przeciętna. Chory od 8 lat, po suchem prawostronnem zapaleniu opłucnej. Kaszle i pluje niezbyt wiele, przeważnie z rana, odpluwając śluzoworopną plwocinę. Narzeka na przejściowe bole po stronie prawej, zwłaszcza po forsownych oddechach. Łaknienie nierne. W dzieciństwie: szkarlatyna, odra, ostatnio przed 5 laty obustronne zapalenie płuc. Z rodziny zmarli na gruźlicę: ojciec, 2 siostry i brat.

Budowy prawidłowej odżywienia miernego, z tyłu stwierdza się skrzywienie kręgosłupa ku stronie prawej, pozatem ograniczenie ruchomości barku prawego i jego nieznaczne obniżenie. Dołki nad i podobojczykowe wyraźnie zapadnięte, zwłaszcza po stronie prawej. Widoczne śluzówki bladawe, dostępne badaniu gruczoły nie powiększone. W płucach stwierdza się po stronie prawej, stłumienie do grzebienia i obojczyka, przytłumienie do II żebra i $^{2}/_{3}$ łopatki, drżenie głosowe wzmożone, oddech tamże nieokreślony, miejscami chuchający, pokryty licznemi rzężeniami

średnio i drobnobańkowatemi, pod obojczykiem nawet dźwięcznemi, dolna granica dość słabo ruchoma. Po stronie lewej przytłumienie do II żebra i $^{1}/_{3}$ łopatki, drżenie zachowane, oddech pęcherzykowy wzmożony z wydechem przedłużonym. W granicach przytłumienia sporo rzężeń średnio i drobnobańkowych wilgotnych. Rentgen: Pola obu szczytów płucnych zaciemnione, zwłaszcza prawy, oba nie wyświetlają się przy kaszlu. Całe pole płuca prawego prawie jednostajnie zaciemnione plamkowato, pod obojczykiem nieznaczny ubytek cieniowy, wielkości orzecha laskowego. Kąt przeponowy żebrowy zatarty, przepona ruchoma dostatecznie. Wnęki wyraźne. Serce: nieznaczne rozszerzenie tętnicy głównej. Plwocina — w każdym polu widzenia 3—4 prątki.

Rozpoznanie: Gruźlica płuc serowato włóknista obu płuc, zwłaszcza prawego. Leczenie dietetyczne trwało 5 i $^{1}/_{2}$ miesiąca. Badanie w temże czasie wykazało: Waga 73,5, ciepłota od 3 tygodni nie dosięga 37, czasem tylko z rana pokaszluje plwociny nie oddaje zupełnie. Samopoczucie b. dobre. W płucach po obu stronach stwierdziliśmy zmniejszenie dotychczasowej obfitej ilości rzężeń, zmian jednak w obrazie rentgenologicznym nie stwierdziliśmy. Chory opuścił zakład, wracając do przerwanej pracy.

Obserwacja 4. P. R. lat 32 męż. Wzrost i waga nieoznaczone, z powodu stanu zdrowia. Ciepłota do 39,7. Choruje jakoby dopiero od 2 miesięcy, leczony był na wczesną sklerozę. Kaszle i pluje sporo, czasem krwią, kłucie w piersiach miewa dość często, łaknienie b. słabe, stolce prawidłowe, pozatem miał nie chorować. Chorób wenerycznych również nie przechodził, nie pije i pali. Anamneza rodzinna bez znaczenia. Budowy prawidłowej, odżywienia miernego, dołki nad i podobojczykowe wyraźnie zapadnięte, blady, gruczoły nie powiększone. W płucach stwierdza się w lewym przytłumienie do III żebra i kąta łopatki, drżenie wzmożone, wdech pęcherzykowy zaostrzony, nad obojczykiem oskrzelowy, wydech zaostrzony wybitnie; pod obojczykiem bruit de pôt fêlé, bronchophonia i periloquia, sporo tamże rzężeń średnio i drobnobańkowych wilgotnych na całej przestrzeni, pod obojczykiem i przy grzebieniu dźwięczne, przepona ruchoma prawidłowo. Płuco prawe, przytłumienie do grzebienia i obojczyka, drżenie wzmożone, oddech pęcherzykowy zaostrzony, pokryty sporą ilością wilgotnych rzężeń średnio i drobnobańkowych. Przepona ruchoma prawidłowo. Rentgen: całe pole płuca lewego łącznie ze szczytem, prawie jednostajnie zaciemnione, szczyt nie wyświetla się zupełnie przy kaszlu. Pod obojczykiem ubytek cieniowy. Pole płuca prawego w $^{1}/_{2}$ zaciemnione plamkowato, szczyt b. słabo wyjaśniający się przy kaszlu. Przepona obustronnie ruchoma dostatecznie.

Plwocina w obfitej ilości, pojedyńcze prątki i włókna sprężyste. Rozpoznanie: Gruźlica serowato-włóknisto-wrzodziejąca płuca lewego i serowato-włóknista płatu górnego płuca prawego. Wobec obustronnej czynnej sprawy płucnej, z założenia odmy sztucznej zrezygnowaliśmy narazie, poddając go wyłącznie kuracji dietetycznej. Po 10 tygodniach stan zdrowia, a zwłaszcza samopoczucie, uległy wybitnemu wzmożeniu, ciepłota najwyższa dzienna dochodziła do 38⁰, pluł i kaszlał mniej; nawet i klinicznie wystąpiła pewna poprawa przejawiająca się zmniejszeniem, ilości rzężeń, zwłaszcza po stronie prawej. Wobec tego stanu rzeczy przystąpiliśmy w tymże czasie do założenia lewostronej odmy sztucznej opłucnowej. Stosując ją b. ostrożnie, dawaliśmy b. małe ilości powietrza do 400 cm przy wachaniach końcowych 4—8 o dość sporej amplitudzie. Chory po $^{1}/_{2}$-rocznym okresie uległ b. znacznej poprawie, przeniósł się jednak w następstwie do drugiego sanatorjum dla młodzieży akademickiej, ze względów materjalnych. Wiadomości jakie zebrałem po pewnym czasie w zupełności potwierdziły, że stan poprawy stwierdzony w czasie ostatniego dnia pobytu u nas, nie tylko pozostał na tym samym poziomie, ale nawet uległ dalszemu wzmożeniu. W przypadku tym, mamy bardzo wybitny dowód, wpływu tej dietetyki na przebieg samych zmian gruźliczych, wpływu o niezaprzeczonym działaniu, gdyż sprawa czynna uległa na tyle wzmożeniu i zyskała odporność, że nawet założenie samej odmy opłucnowej po jednej stronie, nie spowodowało większego uczynnienia sprawy po stronie przeciwnej.

Obserwacja 5. — Ł. J. lat 25, kob. Waga 34 kg. Wzrost 157 cm. Ciepłota przeciętna dzienna do 38,3, puls 120. Chora od lat 5-ciu, kaszle i pluje sporo, ropną ciągnącą się flegmą, kilka razy miała niewielkie krwotoki. Przed 2-ma laty leczona była prawostronną odmą opłucnową, którą jednak po 5 insuflacjach przerwano z powodu istnienia obszernych, przeważających zrostów. Narzeka na ból w prawym boku, łaknienie b. słabe, poci się, czuje się osłabioną. W dzieciństwie przechodziła tylko odrę, w czasach ostatnich tyfus brzuszny, pozatym miewała częste katary oskrzelowe; nadmienia, że jest b. skłonną do przeziębień. Z rodziny starsza siostra zmarła na gruźlicę. Budowy prawidłowej, odżywiania lichego, dołki nad i podobojczykowe obustronnie silnie zaznaczone.

W płucach po stronie prawej, stłumienie do III żebra i $^{1}/_{2}$ łopatki, przytłumienie do 4 żebra i $^{2}/_{3}$ łopatki, drżenie głosowe b. wzmożone, pod obojczykiem i przy grzebieniu bronchophonia i periloquia, oddech na całej przestrzeni oskrzelowy, pod obojczykiem z odcieniem amforycznym. Prawie cała przestrzeń płuca prawego pokryta licznemi rzężeniami wilgotnemi średnio i drobno bańkowatemi, miejscami grubo-bańkowatemi, pod obojczykiem dźwięcznemi; dolna granica płuca b. słabo przesuwalna. Płuco lewe — przytłumienie do II żebra i $^{1}/_{2}$ łopatki, drżenie nieznacznie wzmożone, oddech pęcherzykowy zaostrzony z wydechem wybitnie przedłużonym. Oddech w granicach przytłumienia pokryty licznemi rzężeniami wilgotnemi średnio i drobno bańkowatemi. Dolna granica przesuwalna dostatecznie. Rentgenologicznie ustalono: pole szczytu płuca prawego całkowicie intensywnie zaciemnione, nie wyjaśnia się zupełnie przy kaszlu. Pole płuca prawego do V żebra zaciemnione intensywnie plamkowato, ogniskami różnej wielkości i nasycenia, pod obojczykiem dwa ubytki cieniowe, o wyraźnym ocieniowaniu. Przepona prawie nie ruchoma, kąt przeponowo żebrowy zatarty; płuco lewe: pole szczytu zaciemnione plamkowato, prawie nie wyświetla się przy kaszlu pole płuca zaciemnione plamkowato do III żebra, przepona dość swobodnie ruchoma. Wnęka o rysunku wzmożonym.. Serce przesunięte na lewo. Plwocina zawiera w obfitej ilości prątki Kocha. Poddana wyłącznie leczenie dietetycznemu w myśl powyższego schematu, po 5 miesięcznej kuracji, stan zdrowia wykazywał stale idącą poprawę. Rozpoznanie: Gruźlica wrzodziejąco-włóknista płuca prawego i serowato włóknista płatu górnego płuca lewego. Waga ciała doszła po tym okresie do 49,5 kg, następnie prawie przestała pluć i kaszlać, apetyt uległ wybitnemu wzmożeniu, chora która można powiedzieć w myśl zasad prognostyki lekarskiej powinna już nie żyć — nietylko została przy życiu, ale zmieniła się zewnętrznie niedopoznania; w parze z tym przyszło wzmożenie energii życiowej.

W samych płucach zauważyliśmy znaczne ustąpienie rzężeń wilgotnych obustronnie, dźwięczne prawie zniknęły. W plwocinie obecnie zwykłą metodą nie udało się wykazać prątków, dopiero metoda ujednostajniania, pozwoliła na wykazanie pojedyńczych. Chora wyjeżdżając do domu dla kontynuowania kuracji tej, zaznaczyła, że odbyta przed $^{1}/_{2}$ rokiem narada lekarska z udziałem 3 specjalistów płuczników w Warszawie, poinformowała jej męża, że okres jej życia liczony był na 4—5 tygodni.

Nie mogąc ze względu na brak miejsca przytaczać wszystkich szczegółów dotyczących dalszych poszczególnych przypadków chorych, poddawanych tej metodzie leczenia, zaznaczyć muszę, że prawie wszystkie przypadki rekrutowały się przeważnie z chorych z bardzo daleko posuniętemi zmianami, często z chorych, których stan beznadziejny nie upoważniał do zastosowania wogóle jakiegokolwiek bądź leczenia. Już z tych kilku dość szczegółowo opisanych powyżej przypadków wynika, że byli to chorzy ze zmianami czynnemi obustronnemi, przeważnie charakteru wysiękowego, postępującemi, wszyscy ci chorzy byli w większym lub mniejszym stopniu wyczerpani długotrwałem cierpieniem, a kilku nawet było w okresie poczynającego się charłactwa gruźliczego. Prawie u wszystkich chorych bez wyjątku poddanych temu naogół prostemu leczeniu — stwierdziliśmy większą lub mniejszą poprawę, jeśli już nawet nie w znaczeniu klinicznem (ciężkie beznadziejne przypadki) to ogólne samopoczucie i złagodzenie ew. ustąpienie dotychczas męczących objawów, w zupełności usprawiedliwia to moje twierdzenie. Ze wszystkich dotychczasowych metod leczniczych stosowanych przy gruźlicy płucnej — ośmielam się twierdzić, że wyżej opisana jest jedyną, którą można bez obawy zastosowywać we wszystkich stanach cierpienia, bez jakichkolwiekbądź obaw o nieporządane następstwa. Zaznaczyć jednak muszę, że kuracię tą powinno się przeprowadzać w odpowiednio urządzonych zakładach leczniczych i pod fachowym nadzorem, ponieważ wiemy jak szkodliwy wpływ na zdrowie gruźlika wywierają wszelkie wysiłki fizyczne, również i niepokoje moralne, w szczególności zmartwienia. Podczas pracy mięśniowej, następuje tworzenie się kwasu mlekowego, z glykogenu i kwasu fosforowego, który jak twierdzi Meyerhof zostają częściowo zneutralizowane przez związki zasadowe samego organizmu, przez co tym samym zmniejszają się zasady ustrojowe, a z drugiej strony kwas mlekowy zostaje z powrotem rozłożony. Oprócz tego z moczem i kałem wydzielają się pewne ilości związków fosforowych — co jeszcze więcej wpływa na wzmożenie kwasoty ustrojowej na niekorzyść zasad. Wspomniany nastrój moralny — oprócz wybitnego wpływu na samo łaknienie, w dużej mierze wpływa na samą przemianę materji, pobudzając w pierwszym rzędzie organizm do wydalania z siebie tak potrzebnych składników jakimi są: wapno i fosfor. Co się tyczy składników witaminowych przy tym odżywianiu, to muszę jeszcze raz wspomnieć, że poza tranem, uważaliśmy za najwięcej celowe podawanie Calcitriny Spiessa, ponieważ preparat ten, oprócz celowego połączenia najważniejszych **witamin,** o czem już po-

przednio zaznaczyłem, witamin niezbędnych dla prawidłowego odżywiania, posiada między innemi dodatkami wapń w postaci związku organicznego dość łatwo przyswajalnego. Można śmiało powiedzieć, że celowe połączenie tych składników w Calcitrinie, upoważnia mnie do twierdzenia, że w preparacie tym zyskaliśmy preparat który odegra w nowoczesnym lecznictwie gruźlicy płucnej, pierwszorzędną rolę. Metoda ta jako polegająca tylko na odpowiednio ustosunkowanym odżywianiu dietetycznem, oparta o niewzruszone podstawy, jakimi są — przemiana materji, nie wypierając innych metod leczniczych, powinna zająć jeśli nie pierwsze miejsce w leczeniu wielu przypadków gruźlicy płucnej, to jednak służyć wydatnym uzupełnieniem tego leczenia. Sprawa ta jest względnie nowa, a zwłaszcza w gruźlicy można powiedzieć robi pierwsze kroki, jako zaś metoda pozbawiona jakiegokolwiek ryzyka przy jej stosowaniu, powinna pobudzić wielu kolegów do jej ostatecznego, całkowitego opracowania i wyświetlenia. To był cel mego podania powyższego do wiadomości ogólnej.

Piśmiennictwo:

1) Prof. W. Orłowski: Kilka uwag o znaczeniu jarzyn w dietetyce chorych, P. G. L. 5/1927. — 2) Łukaszczyk: Pol. Archiw. Med: wew: z: 4, t: IV, 1920. — 3) Stefan Kramsztyk: W sprawie kombinowanego leczenia wapniem i witaminami u dzieci, War. Czas. Lek. 8/1926. — 4) Silka: P. G. L. 32/33/1926. — 5) Peker: War. Czas. Lek. 4/1927: — 6) Leichtentritt: Biochem: Zschr: 131/1922. — 7) B. kl. W. 1921, S. 631. — 8) Zschr. f: Hyg: 102/1924: — 9) Luithlen: Zbl. f. Haut. u. Geschlechtskr. 7/1923: — 10) Vorlesungen über Pharmakologie der Haut, Berlin, Springer 1921. — 11) W. kl. W. 20/1911. — 12) W. kl. W: 18/1912. — 13) Arch. f. exper. patol. u. Pharm. 68/1912. u. 69/1912. — 14) Meyer-Bisch: D. Arch. f. Klin. Med. 134/1920. — 15) Meyer-Bisch: Zschr. f. d. ges. exper. Med. 24/1921, 25/1921. — 16) Meyerowitsch: J. D. Zurich 1911. — 17) Moeller: Lehrb. d. Lungenkrkh. Wiesbaden 1910. — 18) Moraszewski: Virch. Arch. 159/1900. — 19) Plesch: Chemie des Sputum, Handb. d. Biochem. 3/1910. — 20) Robin: Arch. gener. 1894. — 21) Robin: Traitement de la tuberculose Paris 1912. — 22) Rozenfeld: Tuberculose und Ernährung, Tuberc. Bibliot., Beiheftezur Zeitschr. f. Tbc. 21/1925. — 23) Rozenfeld: Biochemische Zschr. 142/1923. — 24) Rozenheim und Schmidtke: Beitr. z. klin. d. Tbc. 59/1924. — 25) Sarbonat et Rebattu: La Tb. dans le pratique 1920. — 25) Sauerbruch: M. m. W. 38/1924. — 26) Sauerbruch, Herrmannsdorfer, Gerson: Ueber Versuche, schwere Formen der Tuberkulose durchdiätetische Behandlung zu beeinflussen. M. u. Woch. 2—3/1926. — 27) Nerrmannsdorfer: Die Beeinflussung der Wundheilung und der Tuberkulose durch Anderung im Mineralstoffwechsel 1926. — 28) Meyerhof: Med. Klinik 179, 1920. — 29) Gottschalk und Adler: Med. Klin. 409, 1921. — 30) Lahman: Die diätetische Blutentmischung. Spamer, Leipzig 1897. — 31) Glaser: Med. Klinik 5/1925. — 32) Wiechowski: Prager med. W. 24/1914: — 33) Wiechowski: W. m. W. 34/1921. — 34) Winternitz: In Brauer, Schröder, Blumenfelds Handb. .d. Tbc. 2 Bd. 9/1914. — 35) Robin et Binet: Communikation à l'academie 1901. — 36) Prorok: Zschr. f. Tbc. Bd. 19. — 37) Funk: Die Vitamine. Wydanie II, 1922.

OCENY.

Dr. Zdzisław Gorecki: *O duszności. Zagadnienie wentylacji płucnej w stanach chorobowych.* Lwów, 1927.

Jest to monografja, obejmująca 157 stronic tekstu oraz 5 stronic wykazu źródeł piśmienniczych. Cel jej stanowi bliższe oświetlenie problemu duszności i sinicy droga badań wentylacji płucnej u ludzi w zupełnym spoczynku w przebiegu chorób wewnętrznych, zwłaszcza dróg oddechowych i narządu krążenia. Monografja składa się z 5 rozdziałów i dodatku. W rozdziale pierwszym Gorecki omawia ustalone już przez innych autorów dane z dziedziny fizjologji oddychania, zwłaszcza rolę krwi, szczególnie zawartego w niej kwasu węglowego, w wymianie gazowej, wpływ na tę wymianę dowolnego zatrzymania oddechu oraz dowolnie wzmożonego oddychania, znaczenie głębokości i częstości oddychania dla współczynnika wentylacji i dla odnowienia powietrza oddechowego, a następnie podaje własne badania nad podstawową wentylacją płucną u zdrowych dorosłych osób, przeprowadzone za pomocą przyrządu Krogha na 19 mężczyznach i 21 kobietach. W tych badaniach Gorecki oznacza jużto bezpośrednio jużto drogą obliczeń wagę badanej osoby, jej wzrost, powierzchnię ciała w m², ilość tlenu zużytego na 1 min., wentylację płucną na 1 min., liczbę oddechów na 1 min., przeciętną głębokość oddechów w ccm, wskaźnik zużycia tlenu oraz wskaźniki podstawowej wentylacji a) do wagi, b) do powierzchni, ponadto te same wskaźniki zredukowane, wreszcie, ilość jednostek cieplnych zarówno spalonych, jak i tych, które badany winien był spalić. Po omówieniu wyników tych badań Gorecki przytacza własne badania wpływu na podstawową wentylację płucną dowolnego bezdechu oraz dowolnej hiperwentylacji. Wszystkie powyższe badania doprowadzają Goreckiego do wniosku o zadziwiającej sprawności narządu oddechowego. Gorecki potwierdza temi badaniami za pomocą metodyki odmiennej fakty, ustalone już przedtem badaniami Haldana i innych drogą oznaczania ciśnienia cząsteczkowego CO_2 w pęcherzykach płucnych. Część fizjologiczną pracy Gorecki kończy rozważaniem zmian we krwi pod wpływem anoksemji. W następnych 3 rozdziałach Gorecki omawia zachowanie się wentylacji płucnej w stanach chorobowych, mianowicie, w rozdziale 2-im w przypadkach ze wzmożoną oraz obniżoną podstawową przemianą materji, w 3-im w chorobach dróg oddechowych, w 4-tym w chorobach serca. Rozdział więc drugi obejmuje badania autora, przeprowadzone nad 4 choremi z chorobą Basedowa, 1 z cisawicą, 5 z niedokrwistością złośliwą i nad choremi z neurastenją, rozdział 3-ci nad 10 choremi z chorobami dróg oddechowych, powodującemi zmniejszenie pojemności powietrznej płuc, oraz 10 z jej zmniejszeniem, rozdział 4-ty nad 15 przypadkami z rozmaitemi wadami serca w okresie wyrównania i niewyrównania. W rozdziale 5-tym Gorecki omawia patogenezę duszności oraz stanów dychawicowych, zwracając tu uwagę na znaczenie dla wentylacji płucnej i dla sposobu oddychania nietylko bodźców mechanicznych i chemicznych, lecz i podniet psychicznych oraz stanu napięcia ośrodka oddechowego, dla badania wrażliwości którego autor poleca oznaczanie długości bezdechu oraz zachowania się CO_2 w pęcherzykach płucnych przed i po dowolnym bezdechu. Dla oznaczania CO_2 w powietrzu pęcherzykowem Gorecki podaje własny przyrząd, który opisuje w „dodatku".

Badania Goreckiego nad wentylacją płucną stanowią pierwsze poważniejsze badania tego zagadnienia w piśmiennictwie polskiem i zasługują z tego względu na szczególną uwagę. Badania te częściowo potwierdzają fakty, ustalone przez innych autorów inną metodyką, częściowo zaś, jak, np., doświadczenia nad oddychaniem u neurasteników, są nowemi przyczynkami do nauki o oddychaniu. Niestety, praca Goreckiego nie jest pozbawiona szeregu usterek i nawet poważnych błędów. Przedewszystkiem Gorecki nie opanował w dostatecznej mierze teorji elektrolitycznej jonów oraz nauki o równowadze kwasowo-zasadowej w ustroju. Dowodzą tego jego twierdzenia, że obniżenie Ph krwi wywołuje alkalozę, a zwiększenie zasobu zasad we krwi podczas oddychania powietrzem, obfitującem w CO_2, świadczy o alkalozie i t. d. Poważny błąd czyni Gorecki, gdy zalicza chorego o typie budowy astenicznym, z lekkiem zaostrzeniem szmerów pęcherzykowych nad szczytem, z powiększeniem cieni wnękowych, z niewielkiem podniesieniem ciepłoty do „rzekomo gruźliczych" (str. 56), wypowiadając przy tem wątpliwość, czy każdy taki chory jest istotnie chory na gruźlicę, „nieco bowiem podwyższona ciepłota dowodzić może jedynie zaburzeń w ośrodku regulacji ciepłoty, które spotykamy i poza zakaźnemi schorzeniami" (str. 56). Błędnem jest twierdzenie Goreckiego, że „ośrodek oddechowy wyrównuje zmiany właściwości krwi bądźto bezpośrednie, kierując odpowiednio wentylacją płucną, bądź też pośrednio przez ośrodki naczynioruchowe i ośrodki czynności serca, regulując w ten sposób obieg krwi" (str. 15). „Małe, szybkie tętno", wbrew temu, co pisze Gorecki, niekoniecznie jest „oznaką znacznej intoksykacji", w przypadku „wysiękowego surowiczego zapalenia opłucnej, płatowego zapalenia płuc po stronie prawej, po lewej nieżytu oskrzeli" (str. 94). Zupełnie niezrozumiałe jest zdanie „Oczywistem jest, że w wentylacji płucnej różne wielkości" średniej ustawienia „przedstawiają też różne warunki" (str. 25). Dla klinicysty jest wprost niedopuszczalny taki zwrot, jak „klinika przestała odgadywać tylko obraz sekcyjny i mikroskopowy narządów" (str. 9), nowoczesna bowiem klinika zajmuje się nie odgadywaniem, lecz dąży do rozpoznawania za życia zarówno zmian anatomicznych w narządach, jak i ich stanu czynnościowego. Dychawicę sercową Gorecki zwie wielokrotnie (str. 132, 134 i t. d.) dusznicą sercową, dychawicę oskrzelową (str. 72, 74 i t. d.) dusznicą oskrzelową. Nie odróżnia Gorecki szybkości oddychania od jego częstości, t° od gorączki (tabl. IX), używa takich wyrazów, jak upadek krwioobiegu (str. 131), upadek krążenia (str. 132), upadek ośrodka oddechowego („przy zapaleniu płuc upadek ośrodka oddechowego wywołuje płytkie i szybkie oddechy" str. 79). Przykre wrażenie otrzymuje czytelnik, gdy Gorecki pojaśnia mu termin duszność niemieckim Kurzatmigkeit (str. 131), oraz suwerenną siłę leczniczą souveräne Heilkraft (str. 133). Bardzo niemiłe wrażenie wywiera też zupełnie błędne przecinkowanie. Dowody tego czytelnik widzi wielokrotnie na każdej stronicy. Błędy dochodzą tu do takiego stopnia, że przecinek oddziela niejednokrotnie orzeczenie od podmiotu. Szwankuje również często i składnia zdań.

Witold Orłowski (Warszawa).

Prof. Dr. J. Lenartowicz: *Czem są i czem grożą choroby weneryczne;* Warszawa. Nakł. Min. Spr. Wewn. (Gen. Dyrekcji Służby Zdrowia). 1927. Z 7 rycinami w tekście.

Mamy przed sobą czteroarkuszową broszurę, napisaną na zaproszenie Gen. Dyrekcji Służby Zdrowia i przez nią wydaną,

a przeznaczoną pierwotnie dla celów propagandowych dla polskich robotników we Francji i Belgji, wśród których podobno grasują w stopniu znaczniejszym choroby weneryczne. W przedmowie pisze b. dyrektor G. D. Sł. Z. dr. Wroczyński o tej broszurze: „Rzadko można spotkać w literaturze pracę popularną, pisaną z takim zapałem z tak żywem poczuciem społecznem i z takim polotem myśli". I istotnie, rzecz napisana jest z wielką siłą przekonania i znaczenia społecznego walki z chorobami wenerycznemi, bo i zagadnienie ma znaczenie nie tyle osobiste, ile społeczne.

Na wstępie w uwagach ogólnych autor mówi o potrzebie uświadomienia ogółu o niebezpieczeństwie chorób wenerycznych i potrzebie celowej i racjonalnej walki z niemi, następnie omawia kolejno wrzód miękki, rzerzączkę i kiłę, pouczając czytelnika o przyczynie tych chorób, sposobach zakażenia, objawach chorobowych, konieczności leczenia i zapobiegania im, akcentując silnie przy każdej sposobności potrzebę zwracania się do lekarza. Osobny rozdział, i słusznie, autor poświęca rzerzączce kobiety, podnosząc szczególnie następstwa tej choroby u niej, zarówno osobiste, jak społeczne. W rozdziale „Higjena życia płciowego" porusza, między innemi, sprawę reglementacji i abolicjonizmu odnośnie do prostytucji; następnie omawia „Higjenę małżeństwa". W „Higjenie osobistej" uważa za naczelną zasadę unikanie stosunków płciowych aż do zawarcia małżeństwa. Praca fizyczna i umysłowa, ćwiczenia fizyczne i sporty, a przedewszystkiem stałe zajęcie pracą, przyczyniają się znakomicie do trzymania na wodzy popędu płciowego. Wezwaniem gorącem do tych dla których pisze broszurę, aby dbali o zdrowie nie tylko dla siebie, ale, jako przyszli ojcowie, dla swych rodzin, jako obywatele, dla swej Ojczyzny, kończy autor książeczkę naprawdę bardzo pożyteczną, pełną zapału, uczucia gorącego i obywatelskiego. Niewątpliwie spełni też ona cel swój, uświadomi, pouczy i ostrzeże w sposób nie mentorski, lecz ciepły i przyjacielski nietylko tych, co poszli szukać chleba na obczyźnie, lecz także tych, co zostali w Ojczyźnie i mają być jej fundamentem i siłą. Książeczka jest tem potrzebniejsza, że inne, treści podobnej, są już prawie wyczerpane.

Należałoby sobie tylko życzyć, aby wydawnicza strona jej była znacznie staranniejsza w wydaniach następnych, a dotyczy to szczególnie druku (powypadanie czcionek, zalewanie się ich, nierówność składu i t. p.).

W. Nowicki.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LIV, Nr. 39, z 25 września 1927: Fr. Fabrykantówna: O organicznych związkach bizmutu. — Międzynarodowa konferencja chemiczna. — Wrażenia z Holandji. — Sprawy zawodowe.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok II, zeszyt 10, z 1 października 1927: J. K.: O ubezpieczeniu pracowników umysłowych. — Z. M.: W sprawie wielkości kas ubezpieczeń społecznych. — D. Buchheim: Gospodarka finansowa Kas chorych, a lecznictwo. — H. Kłuszyński: Powiatowa Kasa chorych w Pradze. — A. Markowski: Ubezpieczenia społeczne w Rosji Sowieckiej.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LIV, Nr. 40, z 2 października 1927 r.: Fr. Fabrykantówna: O organicznych związkach bizmutu (dok.). — Co należy wiedzieć o chorobach zakaźnych. — Nowe leki. — Nowa farmakopea holenderska (dok). — Rozporządzenia i okólniki władz. — Zjazd Międzynarodowy Federacji farmaceutycznej w Hadze (5—8 września 1927 r.).

Gruźlica, rok II, Nr. 5, za wrzesień 1927 r.: St. Wąsowicz: Przyczynek do patogenezy ropni płucnych. — S. Mikołajski: Umieralność na gruźlicę w Województwie Lwowskiem w świetle statystyki urzędowej. — M. Glass: Los chorych z gruźlicą płuc zakaźną w świetle danych przychodni przeciwgruźliczej. — S. Stypułkowski: Organizacja walki z gruźlicą w Anglji i Szkocji.

Wychowanie fizyczne, rok VIII, zeszyt 9—10, za wrzesień i październik 1927: J. Szuman: O testach ruchowych i możliwości zastosowania ich do wychowania fizycznego. — P. Klamrzyński: Przyczynek do indywidualizacji ćwiczeń cielesnych. — W. Sikorski: Obozy przysposobienia wojskowego w r. 1927.

Medycyna doświadczalna i społeczna, Tom VII, zeszyt 5—6 z r. 1927: E. Leyko: Fizjologja i farmakologja wyciętej tęczówki. Część I. — J. Laskowski: O t. zw. karcynoidach smołowych u królika. — A. Biernacki: Doświadczenia nad miareczkowaniem surowic przeciwmeningokokowych. — M. Hryniewicz i A. Ławrynowicz: Krew świnek morskich podczas gnilca doświadczalnego (łącznie z obrazem krwi świnek morskich normalnych). — P. Baumritter: Uczulanie na ipekakuanę. — W. Terajewicz: Badania nad gruźlicą w Państwowym Zakładzie dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie. — Z. Karłowski: Stan współczesnej wiedzy o wściekliźnie, a szczepienia leczniczo-ochronne.

Polski Czerwony Krzyż, rok III, Nr. 9: A. Roszkowska: Koła młodzieży Czerwonego Krzyża. — Fr. Zbyszycki: Władze szkolne o kołach Mł. P. C. K. — K. Jonscher: Zadania higjeniczne kół Mł. P. C. K. — St. Tymiński: Życie w kole Mł. P. C. K. — m. w. p.: O potrzebie wychowania przedszkolnego w szkołach wiejskich. — W. Sawczyński: Higjena osobista i ogólna (c. d.).

Lekarz wojskowy, Tom X, Nr. 1 za lipiec 1927: H. Szczodrowski: Akrydynoterapja w rzeżączce u mężczyzn. — J. Fegler: Badania doświadczalne nad rolą śledziony w degeneracji białych ciałek krwi. — Z. Żołędziowski: W sprawie leczenia gruźlicy oka promieniami Roentgena. — J. Babecki: Epidemja pochodzenia pokarmowego w obozie przysposobienia wojskowego w Górze Puławskiej. — F. Wołkowiński: Przypadek torbieli ciałka żółtego. — F. Białokur: Postępy w organizacji służby zdrowia w powstaniu styczniowem.

Nowiny lekarskie, rok XXXIX, zeszyt 10, z 1 października 1927 r.: J. Klukowski: Przypadek tak zw. leukanemji. — B. Kowalski: O przerwaniu ciąży (dok.). — E. Krajewski: Wpływ sanochryzyny na gruźlicę pozapłucną. — W. Mikułowski: O potrzebach pedjatrji polskiej (dok.).

Warszawskie Czasopismo lekarskie, rok IV, nr. 15 z 30 września 1927: Kapłan i Konopnicki: O leczeniu cukrzycy insuliną. — Landau i Jochwedz: Przypadek niemiarowości oddechowej tętna. — E. Herman: Zespół jamistości rdzenia. — Z. Szymanowski: Sanokryzyna w gruźlicy doświadczalnej (Str. zb.). — Świder i Typograf: Dalsze spostrzeżenia nad terapją cholesterynowo-arsenową. — Wł. Medyński: Z zagadnień psychologji lekarskiej (dok.). — S. Wiśniewski: Budżet Państwowej Służby Zdrowia.

Zdrowie, rok XLII, nr. 10, za październik 1927: J. Polak: Od redakcji. — S. Mikołajski: Podniesienie stanu sanitarnego osiedli. — Inż. mag. Z. Rudolf: Oczyszczenie m. Lwowa. — Dział sprawozdawczy. — Łódź pod względem sanitarnym w r. 1926. — H. W. Methorst: O stosunkach ludnościowych świata. — Wpływ pracy zawodowej na zdrowie. — St. Sterling-Okuniewski: O pewnych postaciach gruźlicy i ich stosunku do zarazka przesączalnego. — J. Zaorski: Gruźlica t. zw. chirurgiczna. — Ryder: O znaczeniu słońca i wiatru w leczeniu gruźlicy chirurgicznej.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung (Monachium J. F. Lehmann), 1927. Zeszyt 7. — Treść: 1) Prof. Müller-Hess i dr. André: Przegląd medycyny sądowej. — 2) Prof. Koelsch: Przyczynki do medycyny robotniczej.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

Tom 62.

Kayser Petersen: *Otwarta i zamknięta gruźlica płuc.*

Podług zdania wielu badaczy, chorzy z gruźlicą otwartą nie nadają się do leczenia sanatoryjnego, lecz do szpitalnego i rokowanie w tych przypadkach bywa więcej niepomyślne, niż w przypadkach gruźlicy zamkniętej. Autor, chcąc sprawdzić słuszność powyższych poglądów, zbadał 250 przypadków gruźlicy na podstawie danych przychodni przeciwgruźliczej; doszedł do następujących wniosków: 1) dane przychodni o częstości gruźlicy otwartej są zbyt niskie w porównaniu z rzeczywiście zachodzącemi przypadkami: 2) u chorych, u których odrazu znajdujemy laseczniki; a które znajdują się stale, stwierdzamy przewagę sprawy wysiękowej i nieznaczną skłonność do sprawy wytwórczej; rokowanie w takich przypadkach bywa zwykle niepomyślne; 3) w razie znikania laseczników, stwierdzamy u takich chorych skłonność do spraw wytwórczych; rokowanie zwykle dobre; 4) rzadko spotykamy sprawy wysiękowe u osobników, u których laseczniki zo-

stały wykryte w późniejszym wieku; 5) przejście przypadków otwartej gruźlicy w zamkniętą i odwrotnie spostrzega się dość często; 6) dla rokowania większe znaczenie ma skłonność do sprawy wytwórczej, niż rozległość sprawy; 7) ściśle, klasyczne odgraniczenie przypadków gruźlicy otwartej od zamkniętej jest niemożliwe do przeprowadzenia.

Warnecke: *Przyczynek do znajomości ognisk podobojczykowych Assmanna.*

Nie uzgodniony jest dotąd pogląd, czy gruźlica u dorosłych powstaje drogą przerzutów z zespołu pierwotnego — drogą endogennego, hematogennego przerzutu, czy też drogą egzogennej, powietrznej, superinfekcji. Pogląd Roemera o reinfekcji endogennej został zachwiany przez Aschoffa i Puhla.

Assmann spostrzegał u młodych ludzi świeże izolowane ogniska chorobowe pod obojczykiem, w pobliżu brzegu zewnętrznego klatki piersiowej. Ogniska te, pomimo nikłych objawów klinicznych, występowały przy badaniu roentgenologicznem w postaci okrągłego odgraniczonego cienia, najczęściej wielkości monety pięcio-fenigowej aż do wielkości srebrnych 3 marek. Pozostałe części płuc były wolne od ognisk chorobowych; cienie wnękowe również nie wykazywały znacznego powiększenia gruczołów. W środku zaciemnienia stwierdzano czasem wyjaśnienie. Assmann przypuszczał, że są to sprawy serowato-pneumoniczne pochodzenia gruźliczego, i że wymienione nacieczenia u dorosłych nie są ogniskami pierwotnemi, lecz najprawdopodobniej wyrazem superinfekcji pochodzenia powietrznego.

Dietl zaś sądzi, iż są to ogniska zaostrzenia ogniska pierwotnego, nawrotem gruźlicy pierwotnej.

Redecker spostrzegał takie ogniska przeważnie w wieku młodocianym; najczęściej udawało mu się wykryć w otoczeniu chorego źródło zakażenia. Uważa, że nacieczenie podobojczykowe jest wyrazem silnego odczynu anafilaktycznego w drugim okresie biologicznym — superinfekcja ma na powstanie znaczny wpływ, choć nie jest konieczną.

Autor zbadał przypadków 739 — w 343 z nich (46,2%) udało mu się wykryć źródło infekcji w 397 (53,7%), okazało się to nie możliwe.

Źródłem zakażenia w 44 przyp. (12,8%) był ojciec, w 40 (11,6%) matka, w 12 (3,5%) — obydwoje rodzice, w 92 (26,9%) — jedno lub kilkoro rodzeństwa, w 29 (8,4%) — ojciec i rodzeństwo, w 30 (8,7%) — matka i rodzeństwo, w 12 — (3,5%) — obydwoje rodzice i rodzeństwo, w 42 (12,2%) — małż., w 4 (1%) — narzeczony, w 14 (4,1%) — inni krewni, w 13 (3,8%) — współtowarzysze pracy, w 10 (2,9%) — personel pielęgniarski.

Pomimo znacznej rozbieżności danych statystycznych co do źródeł zakażenia u poszczególnych autorów, spostrzega się jednak szereg uzgodnień w szczegółach tych danych.

U 19 chorych (2,5%) stwierdzono izolowane dokładnie ogniska Assmanna. Rozpoznanie ustalono z pomocą badania roentgenowskiego. Objawy kliniczne, jak to wynika z historji choroby, były nikłe lub w każdym razie nietypowe. Badanie roentgenologiczne, szczególnie prześwietlenie w różnych kierunkach przy mało rozwartej przeponie, dawało wyniki lepsze, niż zdjęcie. Autor podaje spostrzeżenia chorych kobiet w wieku od 20 do 49 lat, a zatem nie w wieku młodocianym; nie należą one do określonego zawodu, jak chorzy Asmanna, i nie są to jak u Ulrici osoby narażone na infekcję masową.

Na 19 przypadków stwierdzono w 15-u źródło zakażenia, przyczem w 6-iu przyp. — źródłem zakażenia był mąż, w 2 — chore były w bliskiej styczności z chorym ojcem, w 3 — z chorą matką, w 1 — chorym bratem, siostrą i ciężko chorym synem. Ostatni przypadek dotyczył pielęgniarki przychodni gruźliczej.

Jak to z historyj choroby wynika, w niektórych przypadkach początek choroby był o kilka lat odległym, w 2 przypadkach stwierdzono wyraźne zwapniałe ognisko pierwotne, przyczem w obydwu były one po stronie zdrowej; w 13 przyp. ogniska były po prawej, w 6 — po lewej stronie.

Umiejscowienie nacieczeń było typowe, bezpośrednio pod obojczykiem lub w drugiem międzyżebrzu; leżały one zawsze powierzchownie, blisko ściany klatki piersiowej. Rozmiary wahały się pomiędzy monetą 3-markową i wielkością wiśni; dwa razy stwierdzono w miejscu typowem wyjaśnienia, ostro odgraniczone cieniem pierścieniowatym wielkości orzecha włoskiego lub jaja gołębiego wśród niezmienionej tkanki płucnej. W 4 przyp. — wyraźne miejsca wyjaśnienia i intensywny odgraniczający cień pierścieniowaty. Na te objawy specjalną zwrócono uwagę, gdyż poszukiwano związku pomiędzy nacieczeniami Assmanna i ogniskami reinfekcji, opisanemi przez Puhla. Autor wraz z Ulrici przypuszcza, iż udoskonalenie techniki roentgenologicznej umożliwi różniczkowanie tych cieni ogniskowych i że w przyszłości można będzie odróżnić zserowaciały ośrodek i swoistą otoczkę szklistą. Tymczasem przypuszcza się, że ogniska Assmanna i Puhla są to twory mniej więcej identyczne.

Wyraźne guzowate powiększenie gruczołów chłonnych stwierdzono w 4 przypadkach; w pozostałych obrzmienie było umiarkowane: cienie w kształcie delikatnych pasm biegnące od ogniska do wnęki stwierdzono kilka razy.

Laseczniki gruźlicze w plwocinach wykazano 4 razy. Wyraźny postęp w czasie spostrzegania wykazano w 7 przypadkach. Ogniska Ass. zajmują miejsce odrębne wśród postaci gruźlicy. Geneza ich nie jest wyjaśniona.

Wyłączne umiejscowienie ognisk Assm. u podstawy górnego płatu, przemawia zdaniem autora, za ponownem zakażeniem; rozwój ich zależy w dużej mierze od stopnia odporności osobnika, od układu nerwowego, od chwilowego stanu allergji humoralnej i cellularnej ustroju; czynniki te obok zjadliwości zarazka grają wieksza rolę, niż podkreślane dotychczas zarażenie masowe.

Nawet na podstawie badań roentgenologicznych trudno jest określić czas trwania ogniska.

Wyleczenie, ponowny skok lub szybki postęp wskutek zapalenia ubocznego właściwe są i tym ogniskom. W opisywanych okrągłych jamach pod obojczykiem autor upatruje złośliwą postać gruźlicy. Z tych bowiem jam choroba szerzy się: *per continuitatem,* drogą hematogenną, limfogenną i intra kanalikularną. Z drugiej zaś strony spostrzegano w trójkącie podobojczykowym uderzającą zdolność do regresji, nacieczeń i jam

Wygojony kompleks pierwotny spostrzegany współcześnie z ogniskiem Assm. przemawia za tem, że nie jest to ognisko pierwotne w ścisłem tego słowa znaczeniu — dotychczas jednak trudno jest ustalić, czy ogniska te należą do drugiego czy trzeciego okresu Rankego.

Wyniki autora nie potwierdzają poglądu Redekara, jakoby nacieczenia podobojczykowe, a gruźlica wieku młodocianego w bliskim do siebie stały związku, ani też poglądu Dietla o zaostrzeniu ogniska pierwotnego. Pochodzenie tych ognisk jest niejasne; przypuszczać należy, iż powstają one wskutek długo działającego zakażenia.

Hübschmann przypuszcza, iż nacieczenia podobojczykowe stanowią wskutek reinfekcji nacieczenie z powietrza. Autor przychyla się do tego przypuszczenia i wyobraża sobie, że superinfekcja przebiega, podobnie jak ognisko pierwotne, bardzo różnie: obok postaci łagodnych spotyka się postaci skłonne do postępu i rozpadu, nakazującego leczenie odmą sztuczną.

W. Blumenberg: *Gruźlica człowieka w zależności od wieku — na podstawie badań anatomicznych.*

Zaznaczając na wstępie niedokładność i rozbieżność danych statystycznych o częstości gruźlicy, autor jest zdania, że jest ona (częstokroć) naogół znacznie mniejsza, niż wykazują dane, oparte przeważnie na niezupełnie dokładnych badaniach anatomicznych i niemiarodajnych odczynach tuberkulinowych. (W 4-ch przyp. z odczynem tub. dodatnim skrupulatne badania mikroskopowe nie wykazały żadnych zmian gruźliczych — i odwrotnie: w 25% przyp. z odczynem ujemnym — skonstatowano wyraźne zmiany gruźlicze). Gruźlica wieku dziecięcego obejmuje okres do 14-ego roku życia. Stosunek ilości przyp. gruźlicy płuc (335 przyp.) w tym okresie do ilości przyp. gruźl. kiszek (142 przyp.) wyrażał się 100 : 40.

Omawiając sprawę pierwotnego ogniska, autor nie uważa otoczki za konieczny jego składnik: w sprawach ciężkich, szybko postępujących, może jej nie być.

Obecność jam jako zejścia ogniska pierw. stwierdził Blumenberg w 34,7% przyp., u osesków nawet w $^1/_3$—$^1/_2$ przyp., co odpowiada liczbom innych autorów. Częstość zmian induracyjnych wzrastała z wiekiem dzieci: zupełnie nie znajdywano ich u osesków, dochodziły do 75% w 10 do 14 latach życia.

Umiejscowienie ogn. pierw. przesuwało się z wiekiem od okolicy wnęk — w wieku przedszkolnym, ku wierzchołkom — w końcu wieku szkolnego.

Ognisko pierwotne — wbrew twierdzeniu innych autorów — niezawsze leży bezpośrednio pod opłucną: w $^1/_3$ przyp. oddzielone od niej bywa pasem tkanki płucnej 2—10 mm. szerokości. Dopiero z powiększaniem się ogniska przybliża się ono do opłucnej i przechodzi na nią, co prawie zawsze idzie w parze z tworzeniem się jam.

Zmiany w gruczołach, należących do okr. pierw., kształtują się też w zależności od wieku: poza b. rzadkiemi wypadkami, gdzie pozostają nawet mikroskopowo niezmienionemi, u osesków i w pierwszej połowie okresu przedszkolnego podlegają one zupełnemu zserowaceniu; następnie do końca okresu szkolnego zupełne zserowacenie spotykamy coraz rzadziej, natomiast coraz częściej mamy do czynienia z zserowaceniem częściowem, sprowadzającem się czasami do obecności w naogół niezmienionych

gruczołach li tylko pojedyńczych zserowaciałych gruczołków, t. zw. „późnych gruzełków“ — „Spättuberkel“, powstających, podług autora — w późnym okresie choroby o charakterze przewlekłym.

Przeczy to poglądom Rankego, który za konieczny warunek przynależności gruczołów do pierwotnego kompleksu uważał ich zupełne zserowacenie.

Autor przeczy twierdzeniu R a n k e g o, który za konieczny warunek gruczołu kompleksu pierw. uważał obecność dobrze rozwiniętej tkanki łącznej w przestrzeni między gruczołami, a ogniskiem pierw. W tym stopniu rozwiniętą tkankę łączną napotykał w pojedyńczych przypadkach u starszych dzieci z przewlekłem cierpieniem; częściej — ale niezawsze — udawało się obecność jej konstatować jedynie za pomocą mikroskopu.

Powiększenie gruczołów szyjnych we wszystkich bez wyjątku przypadkach zależnem było od zmian gruźliczych w krtani i migdałkach (na dokładne badanie mikroskopowe autor kładzie szczególny nacisk).

Pierwotna gruźlica płuc u dzieci w 1-ym i 2-m r. życia kończy się we wszystkich przypadkach śmiertelnie; w następnych latach liczba zejść śmiertelnych zmniejsza się o 10—20%.

Co do pierwotnej gruźlicy jamy brzusznej — to na 163 przypadki sekcyjne zwłok dzieci do lat 14-u była ona stwierdzona w 28-u przyp. czyli stanowiła 17,7% materjału sekcyjnego i 37,3% ogólnej liczby przyp. gruźlicy wieku dziecięcego.

Istnienie samodzielnej izolowanej gruźlicy gruczołów trzewnych dowodzi, że laseczniki mogą przechodzić przez zdrową tkankę jelita, nie pozostawiając we wrotach żadnego śladu (wbrew prawu izolacji Baumgartena-Tangla).

Pierwotna izolowana gruźlica grucz. trzewnych ma przebieg łagodny; w b. rzadkich przypadkach daje zejście śmiertelne.

Pierwotne ogniska występują tu zwykle — w przeciwstawieniu do pierw. ogn. w płucach — w liczbie mnogiej, przeważnie w okolicy, dolnej części jelita cienkiego i w okolicy kątnicy (obfitość follikułów w tem miejscu).

Pierwotna gruźlica kiszek u osesków napotyka się b. rzadko, w późniejszym okresie— b. często, prowadząc do zejścia śmiertelnego przez rozsianie.

Przebieg jej u dzieci odpowiada w zupełności przebiegowi pierwotnej gruźlicy płuc. Ilość przypadków z zejściem śmiertelnem nie zależy od wieku dzieci.

Gruźlica płuc okresu dojrzewania obejmuje okres od 14—20 r. życia, t. j. do czasu, kiedy ustrój przestaje rosnąć.

Materjał autora (32 przyp.) jest zbyt mały, tak że wniosków swoich nie uważa za nieomylne.

Z 32-ch przyp. 4 wszystkiego uległy wyleczeniu, reszta zmarła. — Przyczyną zejścia śmiertelnego najczęściej bywały suchoty przewlekłe.

Postać ta jest przeważnie formą samodzielną; powstaje zwykle w ustroju, poprzednio niezarażonym (na co wskazuje charakter gruczołów, noszących cechy późniejszych infekcji) i stanowi formę przejściową do gruźlicy dorosłych, a nie odrębną formę t. zw. „gruźlicy okresu pokwitania“ *(Puberitätsphthise).*

K. B. G. (Łódź).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

VIII. P o s i e d z e n i e n a u k o w e z dnia 18 marca 1927.

Przewodniczy: kol. Z i e m b i c k i. Obecnych: 92.

I. Kol. R a t a y s k i (Oddz. chir.) przedstawia a) dużych rozmiarów *tętniaka tętnicy udowej* operacyjnie usuniętego. Zmiany troficzne na kończynie wykazują wyraźną dążność do gojenia; b) chorego, u którego z powodu uszkodzenia tętnicy udowej wykonano *szew tętnicy.*

W dyskusji: Kol. B a r ą c z poleca przy tętniakach prawdziwych, wrzecionowatych i workzastych tzw. endoaneurysmografję wewnętrzną, podaną w r. 1888 przez Matasa. Polega ona na otwarciu tętniaka na całej długości, po założeniu uprzedniem opaski Esmarcha, usunięciu skrzepów i założeniu dwóch rzędów szwów Lemberta od strony światła tętniaka zarówno na wejście jak i wyjście tętniaka oraz ujścia naczyń ubocznych. Kol. B a r ą c z omawia dokładnie techniczną stronę i szczegóły tego zabiegu. Zaletą tego sposobu jest to, iż nie uszkadza się nerwów.

Kol. O s t r o w s k i podnosi, iż zmiany troficzne występujące na kończynach uzależniać trzeba także od zmian w splotach nerwowych obwodo-naczyniowych, a nie tylko od gorszego dopływu krwi do kończyny.

Kol. W ę g ł o w s k i uważa szew naczyniowy za zabieg normalny. Jest przeciwnikiem podwiązywania. Nawet przy uszkodzeniu drobnych tętnic radzi używać szwu. Dla uciśnięcia tętnic posługuje się podwiązką z taśmy gazowej, gdyż wszelkie zaciskacze mogą powodować odleżyny.

II. Kol. M a r i s c h l e r przedstawia mężczyznę z *tętniakiem tętnicy podobojczykowej* prawej powstałym na tle uszkodzenia przez odłamki kuli szrapnelowej.

W dyskusji przemawiali kol. O s t r o w s k i i W ę g ł o w s k i.

III. Kol. A r e n d t i N a r ó g przedstawiają chorego z *pseudosclerosis Westphal--Strümpell,* z pięknie wykształconym pierścieniem rogówkowym Kayser-Fleischera. Dokładny opis pierścienia w lampie szczelinowej. Prócz zaburzeń ruchowych w kończynach we formie gwałtownego trzepotania uderzają ruchy języka. Przy średnio otwartych ustach język uderza o tylną powierzchnię zębów i cofa się z częstością 120 uderzeń na minutę.

IV. Kol. W ę g ł o w s k i wygłosił wykład o przepuklinach przeponowych. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji: Kol. O s t r o w s k i jest zarówno jak prelegent zwolennikiem operowania przez jamę brzuszną, gdyż otrzewna jest mniej wrażliwą na zakażenie. Operował w ten sposób chorego z skaleczeniem klatki piersiowej i przepony, u którego przez ranę wypadła sieć wielka.

Kol. M e i s e l s widział dwa przypadki przepukliny przeponowej. Jeden przypadek przepukliny prawostronnej, w którym przez otwór przepuklinowy przedostał się do klatki piersiowej żołądek i zgięcie śledzionowe kiszki grubej. Akerlund opisał niedawno 40 przypadków przepuklin przez otwór przełykowy.

Kol. P i s e k widział u jednego z chorych z rozpoznaniem wrzodu żołądka obraz podobny jak na przedstawionych zdjęciach przez kol. Węgłowskiego.

IX. P o s i e d z e n i e n a u k o w e z dn. 25 marca 1927.

Przewodniczy: kol. Z i e m b i c k i. Obecnych: 96.

I. Kol. L i m a n o w s k i i R o t h f e l d (Kl. neur.): przedstawiają dwa przypadki *zamknięcia tętniczki móżdżkowej tylnej dolnej.*

Przypadek I. Chory lat 52. W 1915 r. zapalenie opłucnej i zapalenie nerek. Od r. 1924, co pewien czas chwilowe osłabienia, połączone z zawrotami głowy. Obecna choroba zaczęła się nagle dnia 3. XI. 1926. rozwolnieniem, obfitemi potami, wymiotami, wybitnem upośledzeniem wzroku, czkawką, bardzo znaczną chrypką i utrudnieniem połykania tak, że płyny wracały nosem. Objawy te rozwinęły się w ciągu kilku minut, przyczem wystąpiło osłabienie kończyn prawostronnych. Przytomności nie stracił. Wymioty powtórzyły się dwukrotnie w ciągu pierwszej doby. Już w pierwszych dniach choroby zauważył sam chory, że w lewej połowie twarzy i całej prawej stronie ciała nie odczuwa bólu i gorąca przy zachowanem czuciu dotyku. Po tygodniu połykanie lepsze, po dwóch tygodniach nieznaczna poprawa wzroku, ustąpienie czkawki, chory zaczął już wstawać, przyczem jednak zataczał się. Na bóle głowy nie skarży się, zaburzeń pęcherzowych nie miał, kiłę przeczy, pijał mało.

Przedmiotowo: bolesność czaszki przy opukiwaniu w tyłogłowiu po lewej, źrenice lewa węższa od prawej, obie niezupełnie okrągłe, reagują dość leniwie na światło, nie konwerguje. Przy patrzeniu na boki nystagm, większy ku stronie prawej. Odruch rogówkowy po stronie lewej nie daje się wywołać, czucie w obrębie twarzy po lewej na ból i temperaturę zniesione, na dotyk zachowane. Mowa nosowa, chrypka, porażenie nerwu wstecznego lewego, podniebienie miękkie obustronnie nisko ustawione, więcej po prawej; przy fonacji również gorzej się napina po prawej, odruchy gardłowe i podniebienne nie dają się wywołać. Język wysuwa prosto. W kończynach górnych ślad ataksji po lewej, adiadochokinesa po lewej zaznaczona. Odruchów brzusznych po prawej brak. W kończynach dolnych osłabienie siły ruchowej obustronnie, odruchy kolanowy i Achillesa po prawej nieco żywsze. Babiński po prawej dodatni. Romberg dodatni, chód móżdżkowy. Czucie bólu i temperatury po prawej stronie ciała zniesione; inne rodzaje czucia niezaburzone. Dno oka normalne. Riva Rocci 128. Roentgenologicznie aorta wydłużona, sklerotyczna, przerost komory lewej. Wassermann ujemny, mocz bez zmian.

Przypadek II. Chory lat 55. Dwa lata temu krótkotrwałe zawroty głowy z zataczaniem się, powtarzające się co parę tygodni. Pewnej nocy nagle odczuł silny ból w tyłogłowiu po stronie lewej, ogólne osłabienie, zwłaszcza kończyn prawostronnych. Równocześnie zauważył, że nie może połykać i że mowa stała się cicha, nosowa; w całej prawej połowie ciała stracił czucie bólu i temperatury przy zachowanym dotyku. Przez 14 dni był odżywiany sondą, poczem zaczął przełykać początkowo płyny,

przyczem zauważył, że gorzej przełyka stroną lewą. Po trzech miesiącach osłabienie kończyn poprawiło się, a do roku stopniowo poprawiło się także połykanie, zataczanie się przy chodzie, czucie oraz mowa. Kiłę przeczy, palił do 100 papierosów dziennie. Badanie w pierwszych dniach choroby wykazało zaburzenie czucia bólu i temperatury na twarzy i brak odruchu rogówkowego po stronie lewej, oraz takie same zmiany czucia po całej prawej stronie tułowia i kończyn, porażenie podniebienia, połykania, brak odruchów gardłowych i podniebiennych, język na prawo, porażenie spastyczne kończyn prawostronnych, ataksja kończyny górnej lewej, adiadochokinesis po lewej dodatnia. Najprędzej wycofały się objawy spastyczne kończyn prawostronnych.

Obecnie stwierdza się: lewy łuk podniebienny niżej ustawiony, języczek przeciągnięty na prawo, odruchy gardłowe i podniebienne utrzymane obustronnie, mowa nosowa. Odruch rogówkowy po lewej wyraźnie obniżony, obniżenie czucia bólu i temperatury na twarzy po stronie lewej, a od D. 3 w dół po prawej połowie ciała. Przy próbie Romberga ślad chwiania się. Brak objawów ze strony dróg piramidowych. W narządach wewnętrznych zmiany sklerotyczne w aorcie. Riva Rocci 145.

Zespół tych objawów w obu przypadkach wskazuje na ognisko umiejscowione w rdzeniu przedłużonym po stronie lewej, zajmujące szlak rdzeniowy N. V. (zaburzenie czucia na twarzy, oraz brak odruchu rogówkowego), szlak rdzeniowo talamiczny (czucie bólu i temperatury na tułowiu po stronie drugiej), szlak rdzeniowo móżdżkowy (adiadochokinesis, zaburzenie równowagi ciała), jądro dwuznaczne (N. IX. i X.), włókna sympatyczne (miosa w przypadku I.), jądro Deitersa (nystagm w przypadku I.), oraz drogi motoryczne (w obu przypadkach).

Wobec tego, że obszar ten jest unaczyniony przez tętniczkę móżdżkową tylną dolną, należy przyjąć, uwzględniając początek oraz dalszy przebieg choroby, zamknięcie (zator) tejże tętniczki.

W dyskusji kol. A r e n d.

Pierwszy przypadek zamknięcia światła tętnicy móżdżkowej dolnej tylnej opisał Adolf Wallenberg klinicznie w r. 1895, sekcyjnie w 1901. Po nim w roku 1902 Babiński i Nageotte podają 3 przyp. zaczopowania tętnicy kręgowej tuż przy podstawowej, obraz chorobowy pokrywający się prawie w zupełności z opisem Wallenberga.

Naogół przypadki tego rodzaju nie są zbyt częste, jeśli do roku 1911 Zacharczenko zebrał zaledwie z piśmiennictwa 67 przypadków. Obrazy kliniczne różnią się od siebie niekiedy dość znacznie, co tłumaczono tem, że tętnica móżdżkowa dolna tylna zachowuje się różnorako pod względem odejścia od pnia tętnicy podstawowej.

Dopiero Marinesco i Draganesco podają w wątpliwość rozpoznanie na podstawie jednego przypadku, czy chodzi rzeczywiście o zamknięcie światła tętnicy móżdżkowej dolnej tylnej.

W ostatnich latach Foix, Hillemand i Schalit zwrócili uwagę na małą, w 60% występującą tętniczkę, odchodzącą od tętnicy podstawowej a nazwaną a. de la fossete latérale du bulbe. Otóż różnorakość klinicznych obrazów da się dziś wytłumaczyć tem, że w wielu razach, chodzi nie o zaczopowanie tętnicy móżdżkowej dolnej tylnej, lecz o uszkodzenie tętniczki francuskich autorów. W poszczególnym przypadku da się nawet rozstrzygnąć, o którą tętnicę chodzi, a to na podstawie zachowania się jądra dwuznacznego nerwu błędnego *(nucl. ambiguus* n. X.). Jeśli przedstawimy sobie jądro to w postaci elipsy, to część dogłowowa unerwia przełyk, środkowa podniebienie, ogonowa krtań. Otóż a. de la fossete latérale du bulbe unaczynia przeważnie dwa pierwsze odcinki tak, że przy zaczopowaniu tej tętnicy, krtań jest nienaruszona. Przy zaczopowaniu tętnicy móżdżkowej dolnej tylnej występuje porażenie struny głosowej.

Referent wspomina, że u chorego drugiego czucie bólu i ciepłoty zaburzone jest po stronie prawej od odcinka rdzeniowego D. III. Ma to pewne lokalizacyjne znaczenie. Jak wiadomo drogi czuciowe po wejściu do rdzenia krzyżują się natychmiast. Wyjątek jednak stanowią włókna pochodzące z szyi i górnej części klatki piersiowej, (tzw. Halsbrustregion Kutner-Kramera). Wchodzą one (przynajmniej częściowo) nieskrzyżowane i rozpoczynają krzyżowanie dopiero w górnych odcinkach rdzenia szyjnego tak, że ze skrzyżowaniem tem spotkać się możemy jeszcze na wysokości *decussatio pyramidum*. Drogi te stanowią do pewnego stopnia odrębny pęczek, leżący nie tyle w istocie siateczkowej *(subst. reticularis)*, jak wszystkie inne tory dla bólu i ciepłoty, lecz przyśrodkowo do tejże, tuż przy wstędze przyśrodkowej *(lemniscus medialis)*.

W końcu przemawiał kol. R o t h f e l d.

II. Kol. K o l o ń s k a (Oddz. Wew. II.) przedstawia młodą dziewczynkę z wielostawowem zapaleniem gruźliczem Ponceta. Omawia obszernie obraz chorobowy wedle opisu Ponceta oraz dzisiejsze poglądy na istotę tego schorzenia.

III. Kol. B l a t przedstawia 18 letnią dziewczynę z anatomicznemi zmianami w stawach, u której początkowo rozpoznawano schorzenie Ponceta, jednak wobec obecności guzków Carabell'ego, dodatniej próby luetynowej i wyników leczenia jodem, należy przyjąć w tym przypadku kiłowe zapalenie stawów.

W dyskusji: Kol. M e i s e l s stwierdził na zdjęciach zmiany okostnowe, które mogłyby przemawiać za kiłą.

Kol. P r o g u l s k i zwraca uwagę, iż zmiany kiłowe w stawach nie są tak rzadkiemi. Obecnie w klinice obserwuje kilka takich przypadków.

Kol. L e s z c z y ń s k i podnosi, iż forma zmian torebkowych u 18 letniej dziewczyny należy do rzadkości w chronologii kiły dziedzicznej. Podnosi wartość znamion dla rozpoznania. Wedle własnego doświadczenia guzki Carabell'ego stanowią stigma często spotykane przy kile wrodzonej.

Kol. W ę g r z y n o w s k i często widuje przypadki schorzeń stawów, zwłaszcza bóle kręgosłupa, przy gruźlicy włóknistej.

Kol. Z i e m b i c k i uważa, iż w przypadku przedstawionym przez kol. Blatta, mogą istnieć zmiany Poncetowskie obok kiły wrodzonej. Wynik leczenia jodem nie dowodzi, iż jest to sprawa kiłowa. Bolesność stawów przemawia również za Poncetem, gdyż sprawy kiłowe w torebce stawowej przebiegają bez bolesności.

Kol. L e s z c z y ń s k i stwierdza, że odczyny na gruźlicę wypadają u chorej ujemnie.

IV. Kol. L e n a r t o w s k a omawia dwa przypadki *zwiotczenia przepony* spostrzegane w ostatnim czasie w pracowni roentgenologicznej szpitala. Oba tyczyły kobiet.

W dyskusji przemawiali kol. M e i s e l s i Z i e m b i c k i.

V. Kol. P i s e k wygłasza odczyt p. t.: *Uwagi w sprawie hipertonji*".

Mówca omawia trzy działy z nauki o hipertonji:

I. Nadciśnienie jako odrębna jednostka chorobowa i jako objaw (hipertonia, *essentialis, symptomatica, fixa et transitoria, periodica, atherosclerotica;* nadciśnienie pierwotne i wtórorzędne). Otwarte pozostaje pytanie czy przy pierwotnej hipertonji *(essentialis s. genuina)* pierwotne są zmiany w naczyniach, a następowo zjawia się nadciśnienie, czy też odwrotnie. Mówca przedstawia wyniki wielkich towarzystw angielskich asekuracyjnych, podział ubezpieczonych na grupy; trwałe nadciśnienie ponad 240 grozi badanemu śmiercią w ciągu 2—3 lat. Wreszcie omawia mówca przypadki nadciśnienia bez objawów podmiotowych, i wskazuje na możliwe błędy przy badaniu.

II. Obszernie, zastanawia się nad stosunkiem kiły do hipertonji w szczególności nad pytaniem czy istnieją przypadki nadciśnienia u kiłowych u których stanowczo wykluczyć można schorzenia nerek lub naczyń. Przedstawia własną statystykę kiłowych schorzeń serca i tętnicy głównej, zebraną z 10-lecia i z 3½ rocznej statystyki sekcyjnej. (praca z r. 1914); streszcza następnie poglądy najnowszych autorów francuskich (Les syphilis viscérales tardives par Grenet-Levent-Pelissier. 1927), używających określenia *hipertonia esentialis* tylko dla nadciśnienia kiłowego bez innych schorzeń. Cechą podstawową (u chorych wiekowych) jest s t a ł o ś ć hipertonji. Odrębną grupę stanowi *nephroaortite syphilitique* G a l l a v a r d i n 'a.

III. Leczenie hipertonji — uznaje mówca jako uzasadnione. Szczegółowo omawia tylko azotyny, kombinacje atropiny Z $CaCl_2$, nowsze próby stosowania makowca, minimalnych dawek jodu i i.. Spadek ciśnienia czasem zwiastuje pogorszenie się choroby. Psychoterapję uznaje za dzielny czynnik leczniczy.

W. Grabowski, sekretarz dor.

V. Zjazd pedjatrów francuskich w Lozannie 29, 30 września, 1 października 1927 r.

I. Leczenie porażenia rdzeniowego (chor. Heine Medina).
II. Zapobieganie i leczenie swoiste zapalenia płuc odokrzelowego.

S p r a w o z d a n i e z u c z e s t n i c t w a.

Zjazd odbył się pod przewodnictwem prof. Taillensa z Lozanny. Obrady zaczęły się w uniwersytecie a potem odbywały się w klinice i szpitalu dziecięcym (Dr. Exchaquet).

Programowe referaty na temat leczenia choroby Heine Medina objęły zagadnienie seroterapji, fizjoterapji i ortopedji zastosowanej w walce z tem cierpieniem. Prof. G. Etienne z Nancy w odczycie o leczeniu surowicą zapalenia rdzenia omówił najważniejsze podstawy biologiczne seroterapji myelitidis i przedsta-

wił pomyślne wyniki praktycznego zastosowania leczniczego tak surowicy ozdrowieńców (met. Nettera) jak i surowicy swoistej Pettita z Inst. Pasteura.

Zagadnienie seroterapji poliomyelitidis czerpie swoje uzasadnienie naukowe w epokowych odkryciach Landsteinera, Poppera i Levaditiego, którzy pierwsi doświadczalnie stwierdzili za pomocą szczepienia rdzenia dziecka zmarłego na porażene rdzeniowe możliwość wywołania tej choroby u małp, wykazali przesączalność zarazka (virus) przez świecę i wreszcie udowodnili, że krew małp, uprzednio zakażonych i chorych na porażenie, zmieszana z jadem poliomyelitidis, zaszczepiona świeżym małpom, czyni je niezdolnemi do zachorowania.

Liczne i szczegółowe badania Nettera, Marty Weinstein, Stefanopoulo, Pettita, nie stwierdziwszy nigdy obecności żadnego elementu bakteryjnego, lub pasorzytniczego, wykazały bezpodstawność hipotez o streptokokowej albo diplokokowej patogenezie choroby, którą przypuszczali Paraff we Francji, a Rosenow, Towne, Whuler, Nuzum czy Herzog w Ameryce.

Doświadczenia o neutralizującym wpływie surowicy zwierząt uprzednio zakażonych i porażonych na świeży jad poliomyelitidis stanowią silną podstawę naukową dla wszystkich następnych badań laboratoryjnych i klinicznych. Z badań Nettera i Levaditiego wynika, że zdolność hamująca zjadliwość zarazka występuje w surowicy już w 12-ym dniu choroby a utrzymuje się jeszcze nawet w 32 lata po zachorowaniu. Badania kliniczne wykazały skuteczność seroterapji (czy to surowicą ozdrowieńców po poliomyelitidis, czy to surowicą zakażonych małp) a mianowicie w przebiegu porażenia dziecięcego, jak również w ostrem lub podostrem zapaleniu rdzenia u dorosłych, bezskuteczność w innych klinicznie pokrewnych chorobach, jak encephalitis epidemica, sclerosis en plaques; przez to stwierdzona została tożsamość natury różnych klinicznych postaci myelitidis acutae. Wszystkie te postaci wymagają seroterapji przeciwpoliomyelitycznej. Seroterapja potwierdziła klinicznie wszystkie badania doświadczalne natury zarazka i uodparniania przed chorobą. Seroterapja udowodniła, że okres zmian specyficznych jest znacznie dłuższy, niż dotąd sądzono i że zmiany destrukcyjne są naogół dość późne. Praktyczne doświadczenia, że stosowaniem metodą Nettera surowicy ozdrowieńców, wprowadzanej przedewszystkiem do kanału rdzeniowego a także śródmięśniowo, są naogół tak we Francji jak i w Ameryce bardzo zadawalające pod względem leczniczym. De Rueck i Zingher stosowali z dobrym skutkiem w braku innej surowicy w czasie epidemji zastrzyki krwi macierzyńskiej, lub surowicy osób zdrowych, w przekonaniu, że w czasie epidemji wszystkie osobniki zdrowe winne posiadać dostateczną ilość przeciwciał. Surowica specyficzna Pettita pochodząca od zwierząt uodpornionych przez zastrzyki zawiesiny rdzenia małpy, zakażonej porażeniem dziecięcym, okazała się bardzo skuteczną pod względem leczniczym i to w różnych okresach nawet bardzo ciężkich przypadków zapalenia rdzenia. Zaniki mięśniowe nawet bardzo wybitne mogą szybko ustępować i całkowicie się wyrównywać. Nawet późno bo w 36-ym i 60-ym dniu choroby zastosowana surowica dawała rezultaty lecznicze. Surowicę należy stosować jaknajszybciej o ile możności w okresie ostrym w ilości 80—100 cm^3 śródmięśniowo. W następnych dniach można ją podawać w mniejszych dawkach, ale tak długo, póki nie występuje wyraźna poprawa.

D u h e m z Paryża wygłosił odczyt o sposobach fizycznego leczenia porażenia dziecięcego. Wypowiedział się gorąco za koniecznością seroterapji w okresie gorączkowym. W okresie podgorączkowym należy stosować radjoterapję w 2-ch serjach po 4 seanse, diatermję, gorące kąpiele miejscowe 4—6 razy na dzień (od 38—45° C.), masaże ręczne bez użytku aparatów. Zabiegi te urozmaicone także elektroterapją w postaci prądu stałego prowadzą często do zupełnego zniknięcia zaburzeń troficznych i zaników albo ułatwiają w wysokim stopniu następowe leczenie ortopedyczne.

Dr. N i c o d, dyrektor Zakładu Ortopedycznego w Lozannie wypowiedział referat o chirurgicznem leczeniu porażenia dziecięcego, demonstrując cały szereg leczonych przypadków. Referent polecał pamiętać o zasadzie, że jedynie funkcja rozwija narząd i w tym duchu oświadczał się za skombinowanem leczeniem fizycznem i ortopedycznem, które nawzajem winno się uzupełniać. W rok po ukończonym okresie regresji objawów porażennych można już przystępować do zabiegów chirurgicznych. Jest zwolennikiem raczej leczniczego zniesienia stawu i ścięgna (arthrodesis i tenodesis), transplantacji ścięgien kostno-okostnych, niż anastomoz ścięgnistych i transplantacji mięśniowych.

W dyskusji nad poszczególnemi odczytami cały szereg poważnych pedjatrów (jak Nobécourt, Lereboullet, Rohmer, Sorel i t. p.) wypowiedział się zasadniczo zgodnie z głównemi tendencjami referentów.

D u f o r t z Lyonu poruszył w odczycie p. t.: O etjologji i profilaksji zapalenia płuc odoskrzelowego — szereg zasadniczych a nierozwiązanych do dziś zagadnień z zakresu bakterjoloji płuca. Referent oświadczył się podobnie jak Netter za monobakteryjną etjologją zapalenia płuc. Badanie bakterjologiczne na zwłokach nie jest miarodajne z powodu pośmiertnej zmiany flory bakteryjnej. Referent za pomocą nakłucia klatki piersiowej za życia wykonywał posiewy na pożywkach i stwierdził, że najczęstszym mikrobem wywołującym zapalenie płuc jest pneumokok (50%), na drugiem i na trzeciem miejscu (po 25%) streptokok a równie często enterokok, którego naogół większość bakterjologów zwykła zapoznawać. Opisuje obraz epidemji pneumokokowych i łańcuszkowcowych. Nie przypisuje żadnej wartości zapobiegawczej boksom na oddziałach dziecięcych i proponuje celem zwalczania kropelkowej infekcji zaprowadzenie masek ochronnych na nos i usta wśród personalu pielęgniarskiego szpitala. Szczepienie zapobiegawcze pneumokoków daje się czasem przeprowadzić, szczepienie streptokoków jest praktycznie jeszcze trudniejsze, bo wymaga dłuższego czasu.

G r e n e t w odczycie o specyficznem leczeniu zapalenia płuc odoskrzelowego u dzieci dzielił się skąpemi dość na ten temat doświadczeniami własnemi i obcemi. Referent uzyskał wskutek leczenia szczepionkami znaczne obniżenie procentu śmiertelności w zapaleniu płuc odoskrzelowem u dzieci. Seroterapja naogół jest zawodna.

Obydwa ostatnie referaty wywołały ożywioną dyskusję i wymianę dość sprzecznych poglądów.

Po zjeździe odbyła się wycieczka do Leysin celem zwiedzenia zakładu Dr. Rollier'a i sanatorjum dziecięcego.

Następny zjazd pedjatrów odbędzie się za 2 lata w Paryżu na temat żółtaczki noworodków i na temat obrzęków u oseskówl.

Włodzimierz Mikulowski.

Od Redakcji.

W numerze 41-ym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. pomieszczono przez proste tylko przeoczenie artykuł Dra Maksymiljana Seidlera p. t.: „Gruźlica płuc jako wskazanie do przerwania ciąży i sterylizacji na podstawie własnych przypadków" w dziale: „Sprawozdania z kazuistyki i sposobów leczenia". Tymczasem w artykule tym wyprowadza Autor własne na tle własnej kazuistyki wysnute wnioski i podaje wyniki zabiegów wyjaławiania krytycznie wybranych i z tych względów wyżej wspomniany artykuł powinien być pomieszczonym w dziale prac oryginalnych i w tym też dziale będzie on wyszczególniony w Spisie prac ogłoszonych w bieżącym roczniku naszego czasopisma.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

O b c h ó d 70-tej r o c z n i c y u r o d z i n prof. dr. Antoniego G l u z i ń s k i e g o odbył się w Warszawie dnia 30 października 1927 r. z następującym programem: Godz. 12-ta w Auli Uniwersytetu: 1. Przemówienie z ramienia Komitetu Organizacyjnego oraz wręczenie Księgi Pamiątkowej. 2. Przemówienie przedstawiciela Rządu. 3. Przemówienie Rektora Uniwersytetu Warszawskiego. 4. Przemówienie delegatów Uniwersytetów. 5. Przemówienie przedstawicieli Towarzystw Lekarskich. Godz. 15-ta min. 30 w sali wykładowej II Kliniki wewnętrznej (Nowogrodzka 59): 1. Przemówienie z ramienia Komitetu Organizacyjnego oraz odsłonięcie tablicy pamiątkowej. 2. Przemówienie Dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. 3. Przemówienie przedstawiciela Szpitalnictwa Warszawskiego. 4. Przemówienie przedstawiciela Młodzieży Akademickiej. 5. Przemówienie przedstawiciela uczniów Jubilata. Godz. 21-sza Bankiet.

Kraków.

K r a k o w s k i e T o w a r z y s t w o L e k a r s k i e. We środę dnia 19-go października b. r. odbyło się w sali Krak. Towarzystwa Lekarskiego o godzinie 8.15 wieczorem posiedzenie naukowe z następującym porządkiem dziennym: D e m o n s t r a c j e: I. Z Kliniki neurolog.-psychjatr.: Prof. P i l t z a. II. Z Kliniki dermatologicznej: Prof. W a l t e r a. III. Z II. Kliniki wewnętrznej: Prof. L a t k o w s k i e g o. IV. Z Kliniki okulistycznej: Prof. M a j e w s k i e g o. V. Z Oddz. III. Szpit. św. Łazarza: Prym. Doc. Z u b r z y c k i e g o.

Z Kraju.

Z a p o t r z e b o w a n i e l e k a r z y w o j s k o w y c h. Jak nas informuja — Departament Sanitarny M. S. Wojsk. zamierza powołać w najbliższym czasie pewną ilość lekarzy z rezerwy do służby czynnej. Lekarze-oficerowie rezerwy, reflektujący na powołanie do czynnej służby wojskowej, mogą już wnosić podania do M. S. Wojsk. w drodze służbowej przez właściwe P. K. U. z załączeniem odpisu dyplomu lekarskiego, wyciągu z metryki urodzenia oraz curriculum vitae.